9

Beiträge

zur

Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.



Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Facultät in Bern

vorgelegt von

Alois Herrmann, pract. Arzt
in Baar (Ct. Zug.)



ZUG,
Druck von J. M. A. Blunschi.
1885.



Beiträge

zur

Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.



Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Facultät in Bern

vorgelegt von

Alois Herrmann, pract. Arzt

in Baar (Ct. Zug.)



ZUG,

Druck von J. M. A. Blunschi.

1885.

Von der medizinischen Facultät auf Antrag von Herrn Pro[f.]
KOCHER zum Druck genehmigt.

Bern, den 6. Mai 1885.

M. Nencky, h. t. Decan.



Beiträge zur Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.

Eines der interessantesten Kapitel der speziellen Chirurgie
lden, — nicht wegen ihrer meistens infausten Prognose, sondern
gen ihren diagnostischen Schwierigkeiten — die malignen
mphdrüsentumoren. Während früher diese Formen von ma-
nen Lymphdrüsengeschwülste unter den allgemeinen und vagen
griff „Lymphdrüsenkrebs“ [1]) und „Markschämmen“ [2]) substituirt
ırden, — ist es ein unverkennbares, und wesentliches Verdienst
rvorragender deutscher Chirurgen und pathologischer Anatomen
ht in dieses noch etwas dunkle und schwierige Gebiet gebracht
haben. Obwohl diese eigenthümlichen Arten der Erkrankung
Lymphdrüsen frühern Forschern wie Hodgkin, Wilks,
ınderlich etc. nicht entgangen waren, — nach denen diese Arten
ıphatischer Erkrankungen „Hodgkin's disease,“ — „progressive
ltiple Drüsenhypertrophie“ genannt wurden, so haben doch
t die 2 letzten Dezennien die werthvollsten und bahnbrechenden
beiten zur Kenntniss dieser Tumoren in klinisch-diagnostischer,
sowie in pathologisch-anatomischer Hinsicht geliefert. So sind
Billroth und Lücke, welche in klinisch-diagnostischer Beziehung;
chow, Cohnheim und Langhans, welche vom pathologisch-histo-
ischen Gesichtspunkte aus an die Untersuchung dieser malignen
ıphatischen Tumoren herantraten und Einheit und Klarheit in
Chaos der verschiedenen Definitionen und der Nomenclatur zu
ıgen trachteten. Billroth hauptsächlich verdanken wir die

---

[1]) Winiwarter. „Ueber das maligne Lymphom und Lymphosarkom.
101.

[2]) Billroth. „Allgemeine Chirurgie, Pathologie und Therapie“ pag. 752.

Aufstellung eines einheitlichen Krankheitsbildes für das malign Lymphom, — während Lücke der Begründer der Lehre vo Lymphosarkom ist. Hand in Hand mit den klinischen Erfahrun gen bemächtigte sich auch die pathologische Anatomie dies Feldes und Virchow und Langhans suchten auf mikroskopisch histologischem Wege die klinisch-diagnostischen Resultate z erhärten. In neuerer Zeit suchte Winiwarter, ein Schüler Bil roth's, in seiner in Langenbeck's Archiv, Band 18 veröffentlicht Monographie „über das maligne Lymphom und Lymphosarkom ein Resumé zu geben über die klinisch-diagnostischen, — w therapeutischen Erfahrungen auf diesem Gebiete der maligne Lymphdrüsentumoren; — sowie über die Resultate der hist logischen resp. pathologisch-anatomischen Forschungen.

Unter „malignem Lymphom" (Billroth,) „Pseudoleukaemi (Cohnheim) „malignes Lymphosarkom (Langhans), „metastasirend Lymphon" „Lymphadenom" „Adenie" — verstehen Billroth v Virchow solche Lymphdrüsentumoren, welche auf einer Hyperpla der Lymphdrüsenelemente beruhen „mit einer charakteristisch Persistenz der Gebilde, — mit progressivem, raschem Wachsth — und mit Neigung zu Metastasenbildung in andern Organen." Die Structur der Lymphdrüse, der Lymphdrüsentypus bleibt a bei dieser Geschwulstform erhalten, während beim Lymphosark (Lücke) heteroplastische Elemente die normalen Lymphdrüs elemente verdrängen und als essentielles, characteristisches E ment die Sarcomzelle an deren Stelle tritt. Die malignen Ly phome haben durch Virchow [1]) eine Untereintheilung erlitten „weiche, medullare" und in „harte, fibröse" Formen, welche E theilung auch Langhans acceptirte, obwohl eine solche stre klinisch nicht durchführbar ist, indem bei einem und demsel Falle Uebergangsformen von weichen zu harten Tumoren v handen sein können. Langhans gibt dies selbst zu, wenn schreibt: „Allein in andern Fällen zeigt sich, wie schon oben wähnt, in der Consistenz ein allmäliger Uebergang zu der weic Form." Diese Unterscheidung gründet sich auf histologische V änderungen.

[1]) Vide „Virchow's Archiv" — Band 54. pag. 518. Langhans. „U das maligne Lymphosarkom." (Pseudoleukaemie.)

Makroskopisch zeigt die weiche Form des malignen Lym-
iom's eine grauröthliche Schnittfläche von homogenem, marki-
em Aussehen; — Mikroskopisch zeigt die Drüse einen Complex
n Lymphzellen; eine Hyperplasie der lymphatischen Elemente
iden wir in den Alveolen, den Trabekeln, den Capseln der
lveolen und der Sinusnetze. Anders ist es bei der harten, in-
rativen Form der malignen Lymphome, welche Langhans in
en citirtem Werke beschreibt. Bei dieser herrscht eine mehr
issliche, fasrige, fibröse Schnittfläche vor; die Consistenz der
rüse ist eine mehr derbe, feste — oft knorpelharte; — wäh-
nd die der weichen mehr eine prall-elastische, oft pseudofluc-
irende ist. Histologisch lässt sich die Drüsenstructur nicht
hr nachweisen und eine mehr bindegewebige Wucherung in
rm von peripher-schalig angeordneten Faserzügen, welche mit
r Capsel verwachsen sind, ist an Stelle der lymphatischen Ele-
nte getreten. Langhans (pag. 520. loc. cit.) führt die fibröse
tartung der Lymphdrüsen und Follikel „auf eine Vermehrung
r Lymphzellen mit vorwiegender Betheiligung resp. Verdickung
Reticulum's zurück, mit wirklicher Bildung von Bindegewebe."
Die Umgebung wird nicht mit inbegriffen, sondern leidet nur
rch Druck. Winiwarter (pag. 109. loc. cit.) ist geneigt, — bei
sprechung der histologischen Verhältnisse der genannten beiden
schwulstformen., — die harte Form anzunehmen als eine Me-
iorphose der in den weichen Formen präpenderirenden lym-
iden Elemente resp. Zellen und als Endstadium der Entwick-
g der malignen Lymphome. — „Ob es aber keinem Zweifel
erliegt" — wie Winiwarter sagt, „dass, sowie die ursprüng-
ie Wucherung von dem Bindegewebe der Lymphdrüsen aus-
gangen ist, sie die Umwandlung in Bindegewebe wieder durch-
cht, während die eigentliche Drüsensubstanz zu Grunde geht,
il sie eben erdrückt wird" — bleibt dahin gestellt. „Wenig-
ns schreibt" König — (Lehrbuch der spez. Chirurgie,
Band. pag. 462.) muss die Thatsache festgestellt werden, dass
iner Anzahl von Fällen, — und fügen wir bei in den meisten
len — die weiche Form bis zum Tode persistirte".

Das Lymphosarkom hat oft grosse Aehnlichkeit — hinsicht-
Consistenz und makroskopischem Befund, — mit der weichen,

medullaren Form der malignen Lymphome. Vollständige Klar-
heit verschafft jedoch erst die mikroskopische Untersuchung, —
welche die wuchernden Sarcomzellen-Nester — seien es Rund-
oder Spindelzellen — ad oculos demonstrirt. Wenn wir nu
die histologisch-anatomischen Unterschiede hinsichtlich der beide
bösartigen Lymphdrüsengeschwülste besprochen, so erübrigt e
noch, in einigen wenigen, kurzen Zügen die wichtigsten klinische
Symptome in Bezug auf die Differentialdiagnose derselben z
skizziren und zu markiren, um sich in engen Rahmen ein an
schauliches Krankheitsbild dieser lymphatischen Tumoren ve
schaffen zu können.

Als wichtigstes klinisches Unterscheidungsmerkmal zwische
beiden genannten Geschwulstarten heben wir hervor, dass d
malignen Lymphome multipel, — gewöhnlich an einer Hal
seite auftreten und dass diese Drüsen, wenn sie auch vorher Jah
lang stationär und indolent gewesen sind, auf Einmal beginn
ein rapides Wachsthum zu zeigen und den Charakter der Mali
nität anzunehmen. Später intumesciren die nächstliegenden Dr
sengruppen — ohne jedoch Verwachsungen mit den Nachba
organen einzugehen; dann treten Störungen im Allgemeinbefind
auf, Metastasen in andern Organen treten hinzu, und we
nicht asphyktische Symptome in Folge Druck der Geschwu
auf Larynx und Trachea sich hinzugesellen, gehen die Patient
gewöhnlich marastisch zu Grunde.

Anders beim Lymphosarkom, wo gewöhnlich nur eine einzi
solitäre Drüse der Herd und Ausgangspunkt der sarcomatö
Neubildung ist. Hat einmal das Neoplasma die Drüsencap
durchbrochen, — dann ist der erste Schritt auf der unheilvol
Laufbahn gethan. Die hyperplastische geschwellte Drüse verli
den Charakter als solche und das Bild des Sarcom's tritt in
Vordergrund. Die umgebenden Gewebe werden von der
schwulst, — welche ein rapides Wachsthum auszeichnet, — dur
wuchert und gehen allmälig in der Geschwulstmasse gänzlich
verschmelzen mit derselben zu Einem Ganzen. Sie zieht end
auch die sie bedeckende Haut in ihr Bereich und zeigt oft a
gesprochene Tendenz zu Prozessen der retrograden Metamorph
zur Necrose, Verjauchung, Gangrän; abgesehen von Metasta

ldungen in den nächsten Lymphdrüsengruppen und innern Or-
nen. Im fortgeschrittenen Stadium treten kachektische Erschein-
igen auf, — Abmagerung, Anasarka; — und unter diesen Zuständen
össter Abschwächung des Collapses tritt der Exitus lethalis ein.

Wir betonten, dass das Lymphosarkom secundäre Metastasen
den nächstliegenden Lymphdrüsen setzen kann. Diese
iatsache wurde bisanhin von den meisten Forschern bestritten
d es galt als Axiom, dass nur beim Carcinom secundäre Drüsen-
fectionen auftreten können. Winiwarter (pag. 159. loc. cit.)
hreibt: „Dass bei diesem Wachsthum (des Sacrom's) die Lymph-
üsen der übrigen Organe in nächster Linie vollständig unbe-
eiligt sind." Und an einer andern Stelle: „Es sind oft auf-
llender Weise gerade die dem Tumor am nächsten liegenden
üsen nicht affizirt." König (Lehrbuch der spez. Chirurgie pag.
3. Band I.) „Hier besteht durchaus keine Neigung zum Ueber-
ng der Neubildung von einer Drüse nach der anliegenden,
ch einer in der Nähe oder ferner gelegenen Drüsengruppe,
rade so wenig wie dies bei den übrigen nicht von einer Drüse
sgehenden Sarcomen der Fall zu sein pflegt." Beinahe ebenso
odiktisch drückt sich Billroth („Allgemeine Pathologie und
ierapie." pag. 740. Editio 8.) aus, wenn er schreibt: „Höchst eigen-
ümlich für die Sarcome ist der Gang der Infection; ich glaube
ier der ersten gewesen zu sein, welcher hervorhob, dass es
ie wesentliche Eigenschaft der Sarcome sei, dass sie die Lymph-
üsen gar nicht, oder erst spät infiziren." — Wir schicken
se Citationen voraus, — einerseits um die Ansichten hervor-
genden Chirurgen über den heutigen Standpunkt vorliegender
age zu constatiren, — und anderseits unsere diesbezügliche
uirungen, — welche wir an Hand des uns zur Benutzung
gestellten Materials resp. Krankengeschichten machen konnten, —
verwerthen. — Es handelt sich darum zu entscheiden, ob
r dem Carcinom allein die Prärogative secundärer Lymphdrüsen-
ectionen zukomme, — oder ob auch dem Sarcom. — Wir
d letzterer Ansicht und wagen es eine Bresche zu legen in dieses
e, — traditionelle chirurgische Lehrgebäude. Wir glaubten
se Bemerkung vorauszuschicken, — um dann später auf diese
iseinandersetzung nur hinweisen zu können. —

Als eine mit diesen Erkrankungsformen auf den ersten An-schein leicht zu verwechselnde und bei der Differentialdiagnos dieser malignen lymphatischen Tumoren ebenfalls in Betrach kommende Lymphdrüsenerkrankung glauben wir noch die leuk ämischen Lymphome erwähnen zu sollen. Doch ist hier nebe der Constatirung eines Milztumor's der mikroskopische Nachwe der Vermehrung der weissen Blutzellen bei der Fixirung de Diagnose das Ausschlag gebende Moment und beruht der Unte schied zwischen Leukaemie und Pseudoleukaemie — welc letztere Krankheit nach Cohnheim identisch sein soll mit de „malignen Lymphomen", — und welche mit und neben diese auftreten kann, darauf, dass bei Pseudoleukaemie Lymphome un Milztumor nachweisbar sein können, ohne den charakteristisch Nachweis einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blut

In neuerer Zeit hat man noch genauer unterschieden zwisch „malignen Lymphomen und Pseudoleukaemie.[1]" Der Unterschi besteht darin, dass bei Pseudoleukaemie schon frühzeitig bede tende Störungen im Allgemeinbefinden auftreten.

Das tuberculöse-käsige und das syphilitische Lym phom fallen bei der Differentialdiagnose weniger in Betrach und lassen sich, gestüzt auf das ätiologische Moment, — Her dität, — Scrophulose, — bestehende Narben, — periadenitisc Verwachsungen, — Exantheme etc. — leicht ausschliessen.

An Hand der von Hrn. Prof. Kocher mir gütigst und zuvorkommendster Weise zur Benutzung und literarisch-k tischer Ausbeutung überlassenen 25 Krankengeschichten, — v solchen malignen Lymphdrüsengeschwulsten, — lassen sich f gende Resultate ableiten. Von diesen 25 Krankengeschicht welche die Jahre 1872—1884 umfassen, kamen 21 aus chirurgischen Universitätsklinik zu Bern und 4 aus der Priv klinik von Hrn. Prof. Kocher.

Indem wir auf beiliegende chronologische Tabelle verweis welche leichterer Uebersicht halber in mehrere Rubriken e getheilt wurde, finden wir, dass von diesen 25 Fällen 15 [2]) d

---

[1]) Vergleiche Nymweger's Lehrbuch der spez. Pathologie und Thera Band 1., pag. 831.

[2]) Nr. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 9. 10. 11. 17. 18. 22. 24. 25 der Tabelle.

mphosarcom, 9,[1]) dem „malignen Lymphom“ angehören; ob-
hl wir nicht verhehlen wollen, dass unsere Auffassung bei dem
ien und andern Fall, — der als sogenannter „zweifelhafter Fall“
zeichnet werden könnte, — in diagnostischer Rücksicht be-
itten und angefochten werden könnte. — Einen Fall von solch'
sartiger Erkrankung des lymphatischen System's (Kocher be-
chnet selben „Lymphomatosis diffusa“ [2]) — glauben wir —
Krankheitsfall sui generis, — wahrscheinlich auf septischer
sache basirend, — hinstellen zu müssen.

I. Alter und Aetiologie.

A. Lymphosarkom.

Von den erwähnten 15 Fällen (8 Männer und 7 Weiber)
d erkrankt:

im Alter von 18—20 Jahren	= 2	(2 W.)
„ „ „ 20—30 „	= 2	(2 M.)
„ „ „ 30—40 „	= 2	(1 M. u. 1 W.)
„ „ „ 40—50 „	= 5	(2 M. u. 3 W.)
„ „ „ 50—60 „	= 4	(3 M. u. 1 W.)

Das jüngste Individuum, welches an Lymphosarkom erkrankte;
r 18 Jahre alt, — das älteste 59 Jahre alt. Es ergiebt sich
raus, dass die Lymphosarkome mit den Jahren der körperlichen
twicklung, der Pubertät auftreten können; dass jedoch die Jahre
—50 das gröste Contingent liefern, um mit den 50—60 Jahren
der an Zahl abzunehmen. Beide Geschlechter (8 : 7) sind
ei ziemlich gleichmässig vertreten.

Ueber das ätiologische Moment lässt sich mit Sicherheit
hts eruiren. Bei Fall 6 und 9 konstatirt die Anamnese cariöse
ne mit Abscedirungen; — bei 9 bestand schon längst eine
lente Drüse am Kieferwinkel; — ob eine Alveolarperiostitis
Anlass zur Sarcombildung gegeben, — dies kann mit Sicher-
t nicht konstatirt werden. Nr. 7 kann der Vermuthung Raum
räumen, dass durch Druck auf eine geschwellte Drüse in Folge
gen eines schweren, hydrocephalischen Kindes auf den Armen,

---

[1]) Nr. 8. 12. 13. 14. 15. 16. 19. 20. 23 der Tabelle.

[2]) Nr. 21 der Tabelle.

diese gereizt und durch diesen intensiven Reiz der sarcomatöse Neubildung Vorschub geleistet worden sei. Nr. 24 hatte schon i seiner Jugend multiple Drüsenschwellungen am Halse und hatt ebenfalls eine Keratitis, auf scrophuloser Basis beruhend, durcl gemacht. Dies sind die hauptsächlichsten anamnestische Momente, welche wir aus den Krankengeschichten enthebe konnten und sich vielleicht zur Erklärung der Entstehung sarc matöser Neubildungen verwerthen liessen. — Hereditäre Belastun lässt sich keine ausfindig machen. Dass Sarcome „ganz besonde häufig nach vorausgegangenen lokalen Reizungen“ entstehe können, sowie dass Narben Sitz sarcomatöser Neubildunge sein können, erwähnt ebenfalls Billroth.[1]) Vergleiche die bezüglich Nr. 24 der Tabelle.

B. Maligne Lymphome.

Von den 9 Fällen (6 Männer und 3 Weiber) sind erkrank

im	Alter	von	—10	Jahren	=	1 (1 M.)
„	„	„	10—20	„	=	1 (1 M.)
„	„	„	20—30	„	=	2 (1 M. u. 1 W.)
„	„	„	30—40	„	=	2 (2 W.)
„	„	„	40—50	„	=	2 (2 M.)
„	„	„	50—60	„	=	1 (1 M.)

Diese kleine Ziffer stimmt mit den Angaben Winiwarte (pag. 111. loc. cit.): „Dass das maligne Lymphom hauptsächli jüngere Individuen zwischen 20—25 Jahren befällt und dass auch häufig bei Kindern zwischen 5—12 Jahren vorkomm kann“, — vollständig überein. — Das Gleiche betont ebenfa Langhans (pag. 533. loc. cit.) Er schreibt: „Doch scheint d Lymphosarcom (indurative Form des malignen Lymphoms) vo zugsweise jüngere Individuen zu befallen, solche, die nicht üb 30 Jahre alt sind; auch Kinder unter 10 Jahren finden sich me rere unter den Patienten“. Von unsern 9 Fällen fallen 4, also b nahe die Hälfte, unter das 25. Altersjahr (7. 10. 20 und $20^1/_2$ Jahr das jüngste Individuum zählt 7, das älteste 56 Altersjahre[2])

[1]) Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. pag. 737,
[2]) Nr. 13 und Nr. 20 der Tabelle.

ei dieser lymphatischen Erkrankungsform ist das männliche
eschlecht präponderirend; von unsern 9 Fällen fallen 6 auf
s männliche Geschlecht. Auch diese Thatsache steht in
llstem Einklange mit den Erfahrungen Winiwarter's (pap. 111.
c. cit.) und Langhans (pag. 553. loc. cit.); letzterer schreibt:
)as männliche Geschlecht wird entschieden häufiger befallen,
s das weibliche."

Ein noch ziemlich dunkles Gebiet ist das der Aetiologie
r malignen Lymphome. Auch hier stimmen wir vollkommen
iniwarter's (pag. 111. loc. cit.) Auseinandersetzungen bei. Dass
rch periphere Reize indolente Drüsenschwellungen entstehen
nnen, welche später den Charakter der Malignität annehmen
nnen, zeigt uns Nr. 13, wo ein Ekzema scroti vorhanden war,
lches ganz leicht chronische Schwellung der Leistendrüsen zur
lge haben konnte, die denn schliesslich zu malignen Lymphomen
generirten. Bei Nr. 15 sagt die Anamnese, dass nicht lange
r Auftreten des Lymphoma malignum eine Drüsenschwellung
ı Halse beobachtet wurde, welche auf Salbeneinwirkung zurück-
gangen sein soll. Bei Nr. 8 bestund ein eitriger Ausfluss aus
n linken Ohre; bei Nr. 20 war eine Scharlachparotitis Vor-
ıferin der „malignen Lymphome". Nr. 23 ist der einzige Fall
n hereditärer Belastung; die Mutter des Patienten litt an
)rüsen". Von Keuchhusten (pag. 533. loc. cit.), als Vorgängerin
r malignen Symphome, und von Syphilis, welche beide ätiolo-
che Momente Langhans erwähnt, ist bei unsern Fällen nach
n anamnestischen Angaben, Nichts nachzuweisen. Auch müssen
r den Ansichten Winiwarter's, Langhans, König's beipflichten,
ss es durchschnittlich gesunde kräftige Individuen waren, welche
n dieser bösartigen Erkrankung der Lymphdrüsen befallen
ırden und merkwürdiger Weise befällt selbe Individuen, in
ren Familien nur höchst selten Tuberkulose nachweisbar ist;
on unsern 9 Fällen nur 1 Fall).

II. Symptomatologie und Diagnose.

A. Lymphosarkom.

Topographie. Nach der Körperlokalität vertheilen sic
unsere 15 Fälle von Lymphosarkom folgendermassen:

1. Halsdrüsen	rechtseitige	5	= 9
	linkseitige	4	
2. Leistendrüsen	rechtseitige	1	= 2
	linkseitige	1	
3. Linken Ellenbeuge			1
4. Rechten Vorderarm			1
5. Achseldrüsen rechts			1
6. An beiden Seiten des Halses			1
			15

Die Prädilektionsstelle für das Auftreten des Lymph
sarkom's bieten die recht- wie linkseitigen Halsdrüsen u
zwar in annähernd gleichem Verhältnisse (4 : 5); interessant i
Nr. 24, wo gleichzeitig multiple sarcomatöse Drüsenschwe
lungen an beiden Seiten des Halses auftraten.

Dauer des Wachsthums. Was die Dauer des Wach
thums der Lymphosarkome betrifft, so müssen auch wir d
Angaben Winiwarter's, dass „in Zeiträumen von wenigen Woch
enorme Tumoren entstehen können und man kaum ein Beisp
finden kann, dass der Verlauf der Krankheit im Ganzen läng
als $1^1/_2$ Jahr in Anspruch nimmt“, vollauf bestätigen. V
unsern 15 Fällen von Lymphosarkom entwickelten sich a
innert einer Zeitdauer von 7 Wochen (Minimum)[1]) bis
$1^1/_2$ Jahren (Maximum)[2]). 11 davon entwickelten sich währe
einem Zeitraum von 6 Monaten; nur 2 einzige Fälle zeigen ei
Verlaufsdauer von $1^1/_2$ Jahren.

Art und Weise des Wachsthums. Diesbezüglich weich
die meisten Fälle vom typischen Verlaufe nicht ab. Gewöhnli
repräsentirt ein haselnuss-, erbs- bis wallnussgrosses Drüse
knötchen das Anfangsstadium des Lymphosarkom's; in der Reg
ist es von harter Consistenz, und unter der Haut als beweglich

[1]) Nr. 6. [2]) Nr. 7 und 10.

cht verschiebliches Gebilde zu fühlen. Ohne nachweisbare
sache, selten unter entzündlichen Erscheinungen (Nr. 9) be-
nnt das Sarcomknötchen in früher beschriebener Weise zu
chsen. Mit der Wachsthumsperiode ändert sich oft die Con-
tenz wie die Oberfläche des Tumor's. Die Oberfläche der
moren ist bei den meisten Fällen im vorgerücktern Stadium
e unregelmässige, knollig-hökrige, selten glatte. Die Consi-
nz, anfänglich derb und hart, kann bei einem und demselben
mor später sehr verschiedene Nüancen darbieten; prall-elas-
che, prominirende Knollen können mit derben, festen, knorpel-
rten Parthien abwechseln. Nicht selten finden sich Promi-
nzen, die dem palpirenden Finger das Gefühl von Pseudofluc-
tion darbieten.

Die Grösse des lymphosarcomatösen Tumoren kann die
er Mannsfaust bis eines Strausseneies und Kindskopfes erreichen.

Schmerzhaftigkeit. Als ein nicht zu unterschätzendes
nptom und nicht ohne Einfluss auf die Differentialdiagnose
bösartigen Lymphdrüsentumoren, — heben wir die Schmerz-
ftigkeit hervor. Wir können hier zweierlei Arten von Schmerzen
terscheiden: 1.) Solche, die lokal auf den Tumor allein be-
ränkt, — und oft mit Druckempfindlichkeit auf den Tumor
bunden sind. 2.) Schmerzen, — welche mehr einen ausstrah-
den Charakter annehmen uud bedingt sind vom Druck des
mor's auf die in nächster Nähe liegenden Nervenstämme, —
ihren Grund darin haben, dass der Tumor selbe in den Be-
ch seines Wucherungsprozesses hineinzieht. Wir wollen jedoch
diesem Anlasse betonen, dass — wenn wir uns so ausdrücken
fen, das „Schmerzcentrum" immer im Tumor selbst liegt, —
welchem aus nach der Peripherie hin die Schmerzen irra-
en. In unsern 15 Fällen von Lymphosarkom zeigte sich bei
Fällen (Nr. 3. 5. 10.) der Schmerz als Initialsymptom,
or der Tumor selbst für das Auge und den fühlenden Finger
hrnehmbar wurde. Interesse bietet Nr. 10 noch in einer
lern Beziehung. Es trat nämlich dreimal nacheinander mit
ntritt der Menses eine Exacerbation des Schmerzes im Tumor
. In den meisten Fällen — 10 an der Zahl, — waren die
merzen, welche lancinirenden oder irradirenden Charakter

annehmen können, — nie fehlende, constante Begleiter de
Wachsthumsperiode der Lymphosarkome; jedoch mit dem Unte
schiede, dass sie bei einigen Fällen persistirten; in ander
nur perioden- und zeitweise auftreten, — z. B. des Nacht
oder bei Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten. I
einigen Fällen (1. 5. 6. 9.) löste Druck auf den Tumor exquisit
Schmerzhaftigkeit aus; und nur von zwei einzigen Fälle
berichten die Krankengeschichten, wo das Symptom der Schmerz-
haftigkeit, sei es auf Druck oder spontan, fehlte. (2. 4.) Mi
Recht bemerkt daher Winiwater (pag. 164. loc. cit.), — wo e
von der Differentialdiagnose des Lymphosarkom's und der ma-
lignen Lymphome handelt, dass „Schmerzhaftigkeit mehr fü
Sarkom als malignes Lymphom spreche."

Verhältniss des Lymphosarkom's zu den Nachbar
geweben und der Haut. Dem Sarkom im Allgemeinen ist es eigen
— wie dem Carcinom, — mit dem umliegenden Gewebe, Ver
wachsungen einzugehen oder vielmehr stets zu zerstören, zu durch
wuchern; so dass endlich Sarkomgewebe an Stelle der ur
sprünglichen histologischen Gebilde getreten ist. Knochen, Muskeln
Gefässe müssen der üppig wuchernden Sarkomzelle weiche
d. h. nach den Dimensionen dieser Durch- und Verwachsunge
des umliegenden Gewebes richtet sich auf die Beweglichkei
und Verschieblichkeit der lymphosarkomatösen Neubildung
Mit der Cutis geht das Lymphosarkom erst in dem Endstadiu
seines Wachsthum's Verwachsungen ein. Zugleich könne
bläulich-rothe Verfärbungen der Haut, Venectasien, Infil
tration, Oedem der Haut etc. auftreten. Von den 15 genannte
Fällen am Lymphosarkom existiren bei 10 Fällen [1]) deutlich
Angaben von Verwechslungen mit Haut und Muskulatur; bei
Fällen [2]) sind bläulich-röthliche Verfärbungen — welche manch
mal auch von medicamentösen Einflüssen herrühren können, -
verzeichnet.

Ein anderes Symptom, das bei der Differentialdiagnos
der malignen Lymphdrüsengeschwülste sehr zu Gunsten vo
lymphosarkomatöser Neubiluung spricht, ist dessen ausge
sprochene Tendenz zur „retrograden Metamorphose" -

[1]) Vgl. Nr. 2. 3. 6. 11. 17. 18. 25. — [2]) Vgl. 1. 2. 3. 5. 10. 11. 18. 22. 2

· Ulceration, — Gewerbsnecrose, — Verjauchung. Ein exquisites
ispiel bietet uns Nr. 7, wo bei ödematös infiltrirtem Ober-
n ein etwa strausseneigrosses Sarkom exulcerirte und unter
iem Fieber Gangrän eintrat. Ein analoger Fall von Lympho-
kom ist Nr. 10, wo ebenfalls ein zapfenförmiger Fortsatz
es Inguinalsarkom's gangränescirte. Auch Nr. 11 kann
reffs eingetretener Gewebsnecrose zur Bestätigung des oben
sagten dienen. Andere Formen „retrograder Metamorphose"
rden später bei Besprechung der pathologisch-anatomischen
rhältnisse dieser Geschwulstform des Nähern erörtert werden.

Metastasenbildung: a.) in den dem primären Herd
iächst liegenden Lymphdrüsen. Ein anderes ebenso-
htiges — wir möchten sagen, — dem Lympho-Sarkom im-
nentes Symptom ist dessen exquisite Neigung zu Meta-
senbildungen, sowohl in den nächstgelegenen Lymphdrüsen,
ılich dem Carcinom, als wie in enferntern und in innern Or-
ien; (Milz, Lungen, Leber.) Dieses Symptom beweist uns
erdings in ausgesprochener Weise die Malignität des Lympho-
kom's. Wir haben schon Anfangs mit Nachdruck diese
rakteristische Eigenschaft des Lymphosarkom's betont und
wollen nun an Hand der Krankengeschichten den Beweis
das Gesagte antreten; schicken jedoch voraus, dass später
ere Aussage ebenfalls durch Sektionsberichte erhärtet und be-
igt werden wird. Wir beginnen, in chronologischer Reihen-
ge an Hand der Tabelle mit:

Nr. 2. Patient fühlte vor 3 Jahren in seiner linken Leisten-
ge einen kleinen erbsgrossen Knoten. Später entwickelte sich
erhalb des ersten Knoten's — ein anderer neuer Knoten.

Nr. 5. Patient fühlte zuerst einen haselnussgrossen Knoten
ler Gegend des Condyl. intern. humer. sinistri; im Sulcus
pital. Dann trat ein II. Tumor in der linken Axilla hinzu.
ter konnte man ebenfalls in der rechten Leiste eine kleine,
chmerzhafte Drüsenanschwellung constatiren.

Nr. 5. Anfänglich Schwellung der linkseitigen Halsdrüsen,
ter Infection und Schwellung der Drüsen am linken Kiefer-
kel; und hinter dem linken Sternocleido, und in der linken
lla. — Vergl. später Sektionsbericht.

Nr. 7. Primärer Tumor unter dem Epicondylus inte humer. dextr. I. Recidiv in der rechten Axilla und II. spä über der rechten Clavicula.

Nr. 9. Erster Tumor in der Gegend der rechten Submaxill drüse; später Infection der innern Leistendrüsen; ferner fin sich nach innen und oben vom Tumor in der Haut liegend u mit dem Haupttumor nicht zusammenhängend, ein bohnengros Knötchen. Vergl. späterer Befund bei der Antopsie.

Nr. 11. Primäre linkseitige Halsdrüsenschwellung, da der linkseitigen Achseldrüsen und Superclaviculardrüsen. Wir v weisen ebenfalls auf den später in extenso mitgetheilten Sektio bericht.

Nr. 17. Ursprünglicher Herd des Lymphosarkom's ist rechte Halsseite; später gesellen sich hinzu Schwellungen rechten wie linken Achsel- und Leistendrüsen.

Nr. 24. Zu beiden Seiten des Halses harte, multiple Drüs schwellungen; I. Recidiv post operat. in der Inscisionsnar II. Recidiv in den der Narbe zunächst liegenden Lymphdrüs

Metastasenbildung: b) in entferntern Lymphdrüse gruppen und in innern Gruppen. Dass Metastasen in e ferntern Lymphdrüsen auftreten können, zeigen sattsam die ol erwähnten Nr. 4, 11 und 17, auf die wir verweisen woll Wir schliessen uns vollständig Lücke's (Winiwarter loc. pag. 159) Ansicht an, der betreff des Auftretens von Metasta an entferntern Orten hervorhebt, „dass das Charakteristisc darin bestehe, „dass dieselben durchaus nicht mit Regelmässigl im Gebiete des Lymphdrüsensystems vorkommen, sondern d in dieser Beziehung ganz dieselbe Unregelmässigkeit und Will herrscht, wie in Bezug auf die Metastasen anderer Sarkome"

Metastasen in innern Organen weisen auf Nr. 5. 10.

Nr. 5. Metastasen auf dem 1. und 2. rechten Rippenknor und in der Milz. Vergleiche später ausführlichen Sektionsberi

Nr. 10. Metastasen in den Lungen, linker Brustdr Gland. thyreoid., Rippen und Wirbelsäule. Vergl. Sektionsberi

Nr. 11. Metastasen in Larynx und Trachea, Milz. Ve unten den in extenso citirten Sektionsbefund.

Weiterer Verlauf und Ende. Von diesen 15 Fällen
rden 6[1]) operirt; worüber später bei Besprechung der Therapie;
wurden als inoperabel entlassen; von diesen hatten 2 (7. 9)
Operation verweigert. Von diesen 6 Fällen konnten wir
bei 4 Fällen Näheres erfahren, wenn auch nicht genauere
gabe der Todesursache. Nr. 4 starb auf der medicinischen
nik von Prof. Quinke; Nr. 7 starb zu Hause an dyspnoiden
nptomen im März 1876; Nr. 18 starb auf der Abtheilung
Dr. Nichans im August 1884 an Blutungen und Nr. 24
b zu Hause in Kleinwangen.
3 Fälle kamen zur Sektion. 2 starben unter Collapserschei-
gen nach eingetretener Gangrän in den Sarkomknoten (10. 11)
Nr. 5 starb in Folge eitriger Bronchopneumonie. Diese
opsien haben so interessante Resultate in pathologisch-
omischer Beziehung zu Tage gefördert, dass wir die Sektions-
chte später bei Besprechung des pathologischen-histologischen
indes dieser Geschwulstform wörtlich mittheilen werden. Es
t sich bei diesen Fällen eine ziemliche Differenz zwischen
pathologischen-anatomischen Befunde und dem kli-
chen Verlaufe, so dass man diese Fälle nicht mit Unrecht
zweifelhafte, d. h. nicht typische Fälle von Lymphosarkome
en könnte. Wir verweisen diesbezüglich auf Billroth,[3]) der,
er von den auffallenden Unterschieden, welche zwischen
klinischen Verlauf und dem histologischen Befund der Sar-
e handelt, sagt: „Dass es zugestanden werden müsse, dass
istologische Structur einer Geschwulst keineswegs immer sich
einem bestimmten Schema des klinischen Verlaufes deckt".

B. Maligne Lymphome.

Von den 25 in der beiliegenden Tabelle verzeichneten Fälle
malignen Lymphdrüsengeschwülsten gehören 9[4]) zur Gruppe
„malignen Lymphome", wovon der harten, indurativen
n 5 Fälle und der weichen, medullaren Form 3 Fälle
hören.

[1]) Nr. 3. 17. 18. 22. 24. 25. [2]) Nr. 1. 2. 4. 6. 7. 9. [3]) Allgemeine
rgische Pathologie und Therapie, pag. 737. [4]) Nr. 8. 12. 13. 14. 15.
9. 20. 23.

Nr. 8 möchten wir als eine Uebergangsform von der weich
zu den harten malignen Lymphomen bezeichnen; wie au
Winiwarter und Langhans angeben, dass solche Uebergang
formen existiren.

Topographie. Von diesen 9 Fällen von malignen Lymp
omen vertheilen sich die einzelnen Fälle auf folgende prim
affizirten Lymphdrüsengruppen:

1. Halsdrüsen	rechtseitig	= 3 Fälle (Nr. 14. 16. 20)
	linkseitig	= 3 Fälle (Nr. 8. 13. 19)
2. „	beidseitig	= 1 Fall (Nr. 20)
3. Leistendrüsen	linkseitig	= 2 Fälle (Nr. 12. 13)

Hieraus ergiebt sich, in Uebereinstimmung mit den citirt
Autoren, dass die Lymphdrüsen am Halse die Prädilektionsste
für das primäre Auftreten der „malignen Lymphome“ bild
Dass jedoch die Winiwarter'sche (pag. 113. loc. cit.) Anga
dass „am Halse die Erkrankung immer auf einer Seite
ginnt“, durch unsern Fall Nr. 20, wo gleichzeitiges Ergriff
sein beidseitiger Halsdrüsen constatirt ist, eine Modificat
erleiden muss, wollen wir nur nebenbei erwähnen. Auch
andere Passus, wo Winiwarter (pag. 113. loc. cit.) von der Prim
affektion der Inguinaldrüsen schreibt, dass „von diesen in die
Beziehung nichts sicheres bekannt ist“, müssen wir im Hinv
auf unsere beiden Fälle Nr. 12 und 13 des entschiedens
bestreiten.

Verlauf. Ueber das Auftreten der primär-affizir
Drüsen und das Ergriffenwerden nächstliegender Drüsenpal
geben uns vorliegende Fälle nicht nähere interessante Ausku
Abweichungen vom typischen Verlaufe bieten diese Fälle ni
Diese Drüsen-Intumescenzen treten gewöhnlich multipel und
seitig auf. Meistentheils schwellen diejenigen Lymphdrüsen
welche die grossen Körper-Arterien am Halse, Brust, Bauch
gleiten, besonders die Carotiden, Art. subclav., Art. iliacae,
z. B. die Halsdrüsen primärer Infectionsherd, so schwellen zu
diese an, dann dem Lymphstrom entlang die Achseldrüsen
Mediastinaldrüsen derselben Seite. Nach Langhans (pag.
loc. cit.) kommt jedoch „ein Ueberspringen der Erkrankung
einer Seite auf die andere vor; ebenso von Achsel auf Lei

Oberfläche, Consistenz, Grösse dieser Tumoren. Die
ɩerfläche dieser Tumoren ist eine meist knollige und hökrige;
Tumoren sind leicht gegen einander verschieblich, sowie auch
f der Unterlage. Die Consistenz derselben weich, prall-elastisch
knorpelhart; viele Varietäten und Uebergänge darbietend.
ese Drüsenconvolute können bis zur Grösse eines Gänseeies
er eines Kindskopfes heranwachsen.

Schmerzhaftigkeit. Auf Druck sind die malignen Lymph-
ıe nur ausnahmsweise schmerzempfindlich (Nr. 8. 16. 3).
ontane Schmerzen in diesen Tumoren treten selten auf.
ɩn Interesse ist diesbezüglich Nr. 19, wo bereits Monate
ɾher (September bis November) ausstrahlende Schmerzen
f der linken Seite vom Epigastrium aus nach der linken
praclaviculargrube ein hökriger Tumor zum Vorschein kam.
rgleiche Langhans loc. cit. pag. 524: „Dabei sind die
moren meist indolent bei Druck nicht schmerzhaft und nur
ten der Sitz von periodischen, z. B. des Nachts auftretenden
ımerzen". Nr. 13 zeigt bei einem Recidiv nach Excision von
lignen Lymphomen in der linken Leiste stechende Schmerzen
l Oedem des linken Beines; ebenso zeigt Nr. 14 irradiirende
ımerzen.

Verhältniss der malignen Lymphome zur Haut und
m umliegenden Gewebe. Characteristisch für das maligne
mphom ist seine Beziehung zur Haut. In allen 9 Fällen
len wir die Haut über dem Tumor normal, verschieblich und in
lten abhebbar; oft mehr oder weniger geröthet; Letzteres meistens
Folge medicamentöser Einflüsse und mit Venennetzen durch-
gen. Periadenitische Verwachssungen finden wir nur ausnahms-
ise und oft nur in Folge vorhergegangener therapeutischer
ıgriffe. Vergleiche Fall Nr. 15, wo nach Injection von Sol.
wler sich ein Abscess bildete. Aehnliche Fälle citirt Wini-
rter und schreibt (pag. 112. loc. cit.): „Die Haut über diesen
schwülsten ist in der Regel ganz unverändert, von einzelnen
nensträngen durchzogen, in Falten von der Geschwulst abzu-
ɔen". Ferner betont er, dass solche Ulcerationen gewöhnlich
Kosten von medicamentösen Einflüssen zu schreiben sind und
t diesbezüglich (pag. 113. loc. cit.): „Die Ulceration betrifft,

wenn man sie bei malignen Lymphomen findet, immer nur d
Haut und zeigt keine Tendenz in die Tiefe zu greifen, wen
sie sich selbst überlassen und nicht gereizt wird". Nach Lan
hans (pag. 521 loc. cit.) ist das Fehlen von Verwachsungen m
der bedeckenden Haut und der Umgebung, „gerade dieses B
schränktbleiben der Neubildung auf den primären Herd, d
fehlende Fortschreiten in der Contiguität für das so exqui
bösartige maligne Lymphosarkom sehr charakteristisch;" und a
einer andern Stelle (pag. 524 loc. cit.): „Gerade diese gerin
Neigung zur Entzündung und Abscedirung, zu käsigen Prozess
und Erweichung, bildet mit der derben festen Consistenz (Lan
hans versteht darunter nur die harte, indurative Form der malig
nen Lymphome) während des Lebens einen der wenigen siche
Anhaltspunkte zur Diagnose dieser Drüsentumoren." „Man kan
als prägnantes Merkmal der malignen Lymphome", schreibt Win
warter (pag. 118. loc. cit.), „das Freibleiben von den Prozess
des Zerfalles und der retrograden Metamorphose aufstellen".

Metastasen in innern Organen und deren Symptom
Dem malignen Lymphom kommt wie dem Lymphosarkom d
Tendenz zur Metastasenbildung in innern Organen, zur Allgemei
infection zu. Wir finden knotenförmige Metastasen in Lunge
Leber und Milz; Bronchialcatarrhe als Folge von secundär
Knoten in den Lungen; Pleuraexsudate als Folgeerscheinung
von intumescirenden metastasirenden Mediastinal-Lymphomen
Ascites bedingt durch entzündlich geschwellte Lymphdrüsen a
der Porta hepat; Hustenreiz in Folge Druck von geschwellte
Bronchialdrüsen; Asphyktische Anfälle und Tod durch Laryn
stenose, bewirkt durch Druck des Tumor's auf Larynx un
Trachea. Wir finden Anschwellungen der Milz, welche a
Druck sehr schmerzhaft sind (Nr. 13. 16); Langhans (pag. 53
loc. cit.) sagt: „Durch das Milzleiden direkt bedingt ist die fa
nie fehlende Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, entweder gleic
mässig verbreitet oder auf die Milzgegend concentrirt". Win
warter erwähnt dieses Symptom nicht. Zu erwähnen ist Fa
Nr. 14, wo jedesmal nach dem Essen Schmerzen im Abdom
auftraten. Von den angeführten 9 Fällen bieten 5 Fälle

[1]) Nr. 13. 14. 15. 16. 19.

ankhafte Symptome von Seiten der Respirationsorgane intra
tam. Fall Nr. 16 zeigt neben Larynxstridor über der
chten Lunge hinten relative Dämpfung mit diffusem Bronchial-
tarrh, Rkonchi; Nr. 17 Dämpfung des Lungenschalls über
r ganzen linken Thoraxhälfte; im erstern Fall wahr-
heinlich von Metastasen in den Lungen, im letztern von Com-
ession der Lunge durch einen lymphatischen Mediastinaltumor
hängig. Nr. 16 zeigt gleichzeitig Ascites, mit Milztumor und
beranschwellung. Nr. 14 litt an profuser Diarrhoe, welche
underlich (Vide Langhans pag. 519. loc. cit.) auf geschwellte
llikel im Verdauungstractus zurückführen will. Als Begleit-
mptom der malignen Lymphome finden wir Nasenbluten nur
i Nr. 16 erwähnt.

Blutkörperchenzählung. Dass diese secundären Ver-
derungen in den innern Organen auf das Allgemeinbefinden
t der Zeit einen deletären Einfluss ausüben müssen, ist
greiflich. Dies beweist in schon ziemlich vorgerücktem
adium der Erkrankung der Schwund des Panniculus, die hoch-
adige Abmagerung, die sehr ausgesprochene Blässe der Schleim-
ute, das kachektisch-marantische Aussehen dieser Patienten.
ch das Blut, dieses Lebensvehikel, zeigt mikroskopisch ein
ändertes Aussehen; es ist mehr blassröthlich, durchsichtig,
nflüssig, ähnlich „dünnem Rothwein“, wie Langhans es be-
chnend schildert. Schon dieser makroskopische Befund wird
und gewesen sein, warum Wilke diese Krankheitsform mit
n Namen „Anaemia lymphatica“, belegte. Die mikros-
oische Blutkörperchenzählung wurde desshalb schon frühzeitig —
werthvolles Hülfsmittel — zur Diagnose herbeigezogen. Diese
heute gegenüber der Leukaemie, nebst Nachweis eines Milz-
nors das einzig Ausschlag gebende Moment. Bei 6 [1]) von
ern Fällen wurde die mikroskopische Blutuntersuchung ange-
ndt und bei allen diesen Fällen fand sich keine wesentliche
rmehrung der weissen Blutkörperchen, obschon solches das
kroskopische Aussehen des Blutes auf den ersten Blick hin
tuliren mochte.

---

[1]) Nr. 12. 13. 14. 15. 16. 20.

Fieber. Ueber die Fieberexacerbationen, welche Wini-warter und Langhans (pag. 115 und pag. 532) als regelmässig Begleiter der malignen Lymphome anführen, fehlen uns leide genauere Angaben. Der Grund liegt hauptsächlich darin, das sich solche Patienten einer regelmässigen Beobachtung entziehen Wir pflichten diesbezüglich vollkommen Winiwarter (pag. 115 bei, dass „man im Ganzen nur selten Gelegenheit hat, de Verlauf solcher Fälle ohne jeden Eingriff zu beobachten, wei die wenigsten dieser Fälle im Spitale sterben; nachdem sie näm lich in Krankenhäusern alles Mögliche erfolglos durchgemach haben, werden sie gewöhnlich der Behandlung müde und ver langen nach Hause zu gehen, wie so viele Andere in der nich zu erschütternden Hoffnung, es müsse ihnen nun, da gar Nicht geholfen habe, zu Hause in der Heimath besser gehen". Au den einschlägigen Krankengeschichten entnehmen wir, dass nu bei 3 Fällen Fiebertemperaturen wahrgenommen wurden; be Nr. 14 kurz vor Eintritt des Exitus letalis mit Delirien; o bei Nr. 13 und 16 das Fieber auf Rechnung der Arsenikcur z schreiben ist, wollen wir vorläufig nicht entscheiden; möchte jedoch bei diesem Anlass an Winiwarter's (pag. 127. loc. cit Worte erinnern, welche lauten: „ganz charakteristisch für di Arsenikcur war das Fieber, welches die Kranken ohne Ausnahm sowohl bei der internen als bei der hypodermatischen Anwen dung bekamen".

Dauer des Krankheitsverlaufes und Ende. In diese Beziehung weichen unsere Fälle ebenfalls nicht von der Norm a Winiwarter bestimmt das Maximum der Krankheitsdauer a $1^1/_2$—2 Jahre, Langhans dehnt dasselbe bis auf 3—$3^1/_2$ Jah aus. 2 Fälle, welche zur Autopsie gelangten (Nr. 14 und 15 ergaben nach anamnestischen Angaben eine Verlaufszeit — vo ersten Auftreten der malignen Lymphome bis zum Exitus letalis - von 1 Jahr 7 Monaten und $1^1/_2$ Jahr [1]). Ausser diesen 2 Fäll fehlen uns über den weitern Verlauf der übrigen Fälle nähere A gaben. Von den operirten Fällen wird unten, wo die Therapie d malignen Lymphome besprochen wird, das Nähere berichtet werde

[1]) Nr. 14 starb an Collaps nach vorhergegangenen Fiebererscheinungen 39. Nr. 15 an Asphyxie.

Malignes Lymphom mit Pseudoleukaemie. Auf das
orkommen dieser beiden Krankheitsformen neben einander haben
ir schon in der Einleitung hingewiesen und erwähnen diesen
ıll Nr. 14 nur des Interesses wegen und im Anschluss an die
en gemachten symptomatologischen Erörterungen. Kaum
Tage nach Auftreten der malignen Lymphome trat acut eine
ırchgreifende Störung im Allgemeinbefinden des Patienten ein.
ie mikroskopische Blutuntersuchung ergab ein negatives Resultat.
hwellung der Milz war nachzuweisen. Im Uebrigen verweisen
r auf den Sektionsbericht.

Die Explorativexcision als diagnostisches Hülfs-
ittel beim malignen Lymphome. Schon lange bevor die
obeexcision angewandt wurde, bediente man sich beim Lymph-
ırkom sowohl, wie bei andern hyperplastischen Drüsenschwel-
ıgen oder allgemein gesagt intumescirenden Drüsen, der
g. Explorativpunctionen oder Inscisionen, in der Absicht, als
ndle es sich hiebei um abscedirende Drüsen. Solche Punktionen
sp. Inscisionen wurden auch bei Lymphosarkomen ausgeführt.
ir verweisen auf Nr. 1. 2. 9. 11 der Tabelle, wo auf solche
cisionen hin sich gewöhnlich Blut entleerte; bei Nr. 9 wurde
s Punktionssecret mikroskopisch untersucht und aus dem Befunde
ı kleinen Rundzellen wurde die Diagnose bestätigt. Seit
serer antiseptischen Periode scheut man sich nicht eine einzelne
üse oder Drüsenpakete herauszuschneiden behufs näherer
kroskopischer Untersuchung zur Feststellung der Diagnose.
sonders bei malignen Lymphdrüsentumoren hat diese sog.
plorativexcision ihre Verwendung gefunden und die Diagnose
· malignen Lymphome sicher gestellt. Dies führt uns auf
neues Gebiet, auf das anatomisch-pathologische, das wir
der Einleitung bereits kurz gestreift haben. Wir wollen die
gebnisse der Explorativexcisonen wie der Totelexstirpationen
Beziehung auf die makroskopischen wie mikroskopischen-
tologischen Befunde an Hand der Krankengeschichten notiren
l ebenso die Sektionsberichte beifügen, um so das oft diver-
ende Verhältnisse der klinischen Diagnose mit dem patholog-
tologischen Befunde konstatiren zu können.

III. Der pathologisch-anatomische Befund und di klinische Diagnose.

A. Probexcision bei malignem Lymphom.

Solche Excisionen wurden beim malignen Lymphom dreim ausgeführt. (Nr. 12. 16. 23.) Bei Nr. 12 und 23 untersuch Prof. Langhans selbst die excidirten Drüsen und schreibt üb Nr. 12: „Nach vorläufiger Untersuchung auf einigen Schnitt scheint mir überall Lymphdrüsengewebe vorzuliegen ohne wesen liche Aenderung der Structur. Die kleinen Knoten der Schnittfläc scheinen etwas grössere Zellen zu enthalten. Riesenzellen ha ich nicht gesehen. Lymphbahnen überall durchgängig, se leicht zu injiciren". Es handelt sich hier um einen Fall v harten malignen Lymphomen. In dem Krankenjournal laut die Diagnose auf Lympho-Sarkoma; doch wahrscheinlich i Sinne „Langhans" als „malignes Lymphosarkom".

Bei Nr. 23 handelt es sich ebenfalls um Lymphomata m ligna colli; welche Diagnose sowohl der klinische wie anatomisc histologische Befund bestätigte. Die mikroskopische Unte suchung einer excidirten Drüse ergab (Prof. Langhans): „H die Zusammenstellung einer gewöhnlichen Lymphdrüse mit stark Verdickung der Trabekel in der einen Hälfte, Follikel und Foll kularstränge deutlich, bestehen aus Lymphkörperchen, kei tuberkelähnlichen Gebilde". Auch das Arsenik, wenn man es a ein diagnostisches Hülfsmittel ex juvantibus annehmen will, h die klinische Diagnose unterstützt.

Bei Nr. 16 lautet der pathologische Befund kurz: „Typisch Bild eines malignen Lymphom's". Auch in diesem Falle stimn der klinische Verlauf mit dem histologischen Befunde.

B. Total-Excisionen.

a. **Lymphosarkom.** Wohl der interessanteste Fall ist Nr. 2 Da zu beiden Seiten des Halses multiple, harte Drüsenschwe lungen vorhanden waren, wurde die Diagnose auf körnige, hart maligne Lymphome gestellt. Doch ein anderes Resultat erga die mikroskopische Untersuchung der excidirten Drüsen. I zeigte sich, dass „dieselben Lymphosarkome sind, bestehend a

nem alveolarähnlichen Gewebe mit Lumen oft in der Mitte. ie Balken bestehen aus fibosarkomatösen Gewebe; das Innere ıs einigen Spindelzellen". So widersprechend dieser Befund it dem klinischen Verlaufe dieser malignen Drüsenschwellungen ar, so bekräftigte der spätere klinische Verlauf die Diagnose ıf Lymphosarkome vollauf. Es sind dies drei aufeinanderfolgende ecidive von der Excisionsnarbe wie den nächstliegenden Drüsen ısgehend. Nach der zweiten Recidivoperation fanden sich in vei excidirten, sarcomatös-degenerirten Drüsen Prozesse retro-'ader Metamorphose, welche nach Langhans (pag. 524 loc. cit.) ıd Winiwarter (pag. 159 loc. cit.) für Lymphosarkom sprechen. er eine gänseeigrosse Tumor hatte in der Mitte einen Eiter-ırd, der andere nussgrosse eine periphere Erweichungszone. n analoger Fall ist Nr. 18 der Tabelle. Der Durchschnitt s excidirten Drüsentumor's zeigte eine weisse homogene Sub-ınz, das Bild des Sarkom's. Die mikroskopische Untersuchung n Prof. Langhans konstatirt, das bloss Lymphdrüsenelemente sehen sind; ebenso kleine Rundzellen; beide in reticulärem ewebe, aber unter Verschwinden der Trabekel und Lymphsinus". ınghans ist desshalb — nach einer Anmerkung von Prof. ocher — geneigt, bloss von einem Lymphom — natürlich doch alignem — zu sprechen. In diesem vorliegenden Falle spricht loch der Verlauf, das rapide Wachsthum des Tumor's, binnen Monaten faustgross, ferner die beiden andern charakteristischen erkmale der Malignität, nämlich die Haut- und Muskelver-ıchsungen, und die Recidivität post operationem vollkommen Gunsten der Diagnose Lymphosarkom. Es ist dies ein latanter Beweis für den Satz, dass klinischer Verlauf und thologisch-anatomischer Befund bedeutend divergiren können.

Betreff Nr. 4 verweisen wir auf die über diesen Fall von ngiosarkom" erschienene Dissertation von Putiata. (Bern 1876).

b. Malignes Lymphom. Hier erwähnen wir kurz Nr. 8, das Auftreten eines regionären Knotens in der Cutis die agnose auf „malignes Lymphom" etwas schwankend machen nnte. In Nr. 13 haben wir aus dem anatomischen Befund schliessen: „Der Durchschnitt der Drüsen verschafft wenig arheit. Einige Drüsen sehen aus wie körnige Lymphome;

andere erinnerten mehr an das Bild des malignen Lymphom's mit markigem Aussehen, gaben etwas Saft;“ ein Beispiel für die sog. Uebergangsformen eines weichen malignen Lymphom's in ein hartes.

C. Sectionsberichte.

Zur Autopsie gelangten folgende Fälle von

a. malignem Lymphom:

Nr. 14 ergibt folgender Sectionsbefund: „Panniculus dunkelgelb; Musculatur sehr blass. Thorax rechts ödematös. Die von aussen sichtbaren Prominenzen sind durch zahlreiche rundliche Tumoren gebildet. M. Sternocleido und Pectoral maj., welche die Knoten bedecken, mit letztern nicht verwachsen. In der linken fossa supraclavicularis ebenfalls ein Paket von Tumoren. Leberrand überragt den Rippenbogen um 3 ctm., Milz ebenso um 3 ctm. Dicht hinter dem Magen in der Mittellinie ein grosses Drüsenpaket, Mesenterialdrüsen überall geschwellt. In der Beckenhöhle 150 ctm. seröse gallertige Flüssigkeit, leicht trüb. Hinter Manubrium sterni ebenfalls kleine runde Drüsen. Der Tumor kann hinter neben dem rechten Scalenus gefühlt werden. Ein grosser Knoten findet sich zwischen Serratus major und Subscapularis. Schnittfläche des Tumors meist weich, speckig mit wenig trübem Saft; einige Drüsen, besonders die grossen, von der Peripherie nach dem Centrum verkäst. Die Drüsen über der Clavicula von gleichem Aussehen. Linke Lunge wenig lufthaltig überall feinknotig anzufühlen. Auf der Pleura pulmonal sehr zahlreiche kleine undurchsichtige Knötchen. Auf der Schnittfläche zahlreich zum Theil verkäste, miliare tuberkelähnliche, an einigen Stellen käsige hepatisirte Herde; auf allen Schnitten das gleiche Bild. Rechte Lunge wie links. Bronchialdrüsen geschwellt, von gleichem Aussehen wie die andern Drüsen. In den Bronchien Schleim. Oesophopus und Trachea normal Struma follicul. Unterhalb der Thyroid. im Drüsenpaket. Milz sehr gross, knollig, 20 ctm. lang, 11 ctm. breit, 6 ctm. dick. Schnittfläche zeigt zahlreiche hasel- bis nussgrosse Knoten durch rothe Streifen in unregelmässige Felder getheilt. Die Felder haben das gleiche Aussehen wie die Drüsen. Pulpa blutarm, Follikel deutlich. Linke Niere blutarm, an einer Stelleein miliares Knötchen. Leber grosse wie kleine graue Knötchen auf der Schnittfläche. Grosse Drüsenpakete hinter dem Magen vom Aussehen wie die übrigen Drüsen. Darm keine Ulcera Mucosa hyperaemisch.

Hier das Bild von einem exquisit weichen malignen Lymphom mit Metastasen in den Lungen, auf der Pleura pulmonal; Leber, linke Niere, Milz. Leider fehlen uns mikroskopische Berichte über diese Metastasenbildungen. Patient litt an hartnäckigen profusen Diarrhoen; erklärbar aus der hyperämischen Mucosa

s Darmtractus; dabei geschwellte Mesenterialdrüsen mit Exsudat kleinen Becken. Interessant die retrograden Metamorphosen, sige Degeneration in manchen Drüsen.[1])

Nr. 16. Sectionsbericht. Bronchialdrüsen sehr stark gewellt, stellenweise stark pigmentirt. Von den pigmentirten Parthien heben ı grössere und kleinere rundliche hervorragende Knoten durch ihre weisse 'be ab; sie sind scharf, aber nicht durch eine Capsel begrenzt; haben grobkörnige Schnittfläche.

Die Fossa supraclavicul. dext. ausgefüllt von sehr stark angewollenen derben Drüsen; Farbe gelblich-weiss. Diese Drüsen miteinander mit der Umgebung durch schwieliges Gewebe verwachsen und mit dem sser loszutrennen; Trachea zum Theil, Oesophagus ganz davon umgeben; reichen nach Oben bis zur Gland thyreoid; nach Abwärts bis zur Theigsstelle der Trachea; wo sie mit den Bronchialdrüsen sich verschmelzen. sistenz überall derb-elastisch. Schnittfläche gelblich-weiss. N. vagus ıt mehr auf der rechten Seite aufzufinden; ebenso Ven. jugular ganz obliterirt nicht zu erkennen; die arteriellen Gefässe noch mit offenem Lumen, hziehen dieses Drüsenpaket. Auf der linken Seite die Drüsen von demen Charakter; die Veränderung jedoch weit weniger hochgradig. Vagus obern Theil noch zu präpariren. Trachea in der untern Hälfte verengt. 1 ctm. über der Theilungsstelle hochgradig verengt; eine grosse Drüse ıtet die rechtseitige Wand nach links hinüber. Milz geschwellt, hökrig; reiche runde grosse (1—1½ ctm.) prominente Knoten mit glatter Schnittıe, auf welcher in blass-röthliche Gewebe ziemlich grosse, weisse, (3 mm.) s-gelbe Flecken sich finden, von Anordnung und Form vergrösserter ikel. Das blassröthliche Gewebe ist blasser als die Pulpa der Umgebung fester. Capsuläre Abgrenzung fehlt. Im übrigen Milzgewebe die Follikel t zu erkennen. Drüsen am Hylus lienis geschwellt; im Mesenum nicht geschwellt, nur einzelne wenige, aber ganz leicht. Retroitonealdrüsen: einzelne sind leicht bis mässig geschwellt. Inguinalsen: Nichts Besonderes. Follikel und Peyer'sche Plaques ırändert.

Dieser Sectionsbericht stimmt mit Langhans Schilderung des ten malignen Lymphosarcom's vollständig überein. Interes- ist der Befund der Milz. Patient starb an asphyktischen ällen; die Trachealstenose erklärt uns hinlänglich diese An-, vielleicht auch das Aufgehen des N. vagus in der chwulstmasse.

[1]) Vergl. Winiwarter's Statistik Nr. 10; wo ebenfalls bei der Autopsie äste Drüsen sich vorfanden. Er erklärt diese retrograde Metamorphose Wirkung des internen Gebrauchs von Arsenik. Bei unserm Falle dauerte Arsenikbehandlung nur 8 Tage und es ist obige Ansicht für unsern Fall st wahrscheinlich nicht zutreffend wegen der kurzen Dauer der Arsenikkur.

b. **Lymphosarkom.** Sectionsprotocolle von an Lymphosa com Verstorbenen besitzen wir 3, nämlich für Nr. 5. 10. 1

Nr. 5. Am Halse mehrere Anschwellungen, vorzugsweise über der link Clavicula, nach dem Nacken hin sich fortsetzend; rechts etwa in der Mit des Halses und in der linken Achselhöhle. Auf der rechten Seite, auf de I.—IV. Rippenknorpel mehrere kleine Knoten von $1/2$—$1 1/2$ ctm. Durc messer, vollständig frei beweglich, fast abgekapselt. Schnittfläche fei körnig mit feinen Oeffnungen, grau, transparent, mit trüben gelben net förmigen Einlagerungen. Der grössere derselben liegt im M. Pectoralis, fern noch zahlreiche kleinere in den mittlern Muskelbündeln des Pectoralis; au auf der linken Thoraxseite mehrere derartige Knoten. Drüsenknot am linken Unterkiefer, sowie in der linken Nackengegend, haben die Ha sehr stark vorgedrängt; dieselbe ist stark verdünnt; oben mit den Tumor verwachsen. Lungen nur wenig retrahirt; in der obern Hälfte eingenomm von sehr derben, festen Knoten. Halsorgane sammt sämmtlich Drüsenschwellungen und den Lungen werden herausgenommen und gelingt die Loslösung der Tumoren im Ganzen leicht; nur an der link obern Brustapertur sitzen die Knoten etwas fester, sind von der 1. Rip sowie von Seite der Halswirbel vollständig zu trennen, da sie an der letzte sich tief in die Muskeln hinein fortsetzen. Es zeigt sich nunmehr, dass d linkseitigen Achsel- und Nackendrüsen eine fest, ganz zusammenhängende se feste höckrige Masse bilden. Die Axillargebilde gehen durch den Tum hindurch, die Achseldrüsen in einzelnen Knoten von 2—3 Lin. Durchmess die durch derbes, schwieliges Gewebe unter einander verbunden sind; sämmtlichen eine centrale Höhle mit grünlich schmierigem Inhalt in dem no weissliche Bröckel schwimmen; die periphere Schicht in der Drüse von $1/2$ l 1 ctm. sehr hart, derb, grauweiss, mässig durchscheinend; neben diesen Drüs noch kleine, etwa 1—$1 1/2$ ctm. Durchmesser, mit normaler Umgebung; gra röthlich, transparent ohne Luft, Seitenfläche etwas vorquellend; in einer derselb ein käsiger Herd; dasselbe an den Nackendrüsen, zwischen denen namentli schwielige bindgewebige Septa stark entwickelt sind; nach oben und hinten au hier einige relativ normale Drüsen. Das gleiche an den Drüsen des Unt kieferwinkels; der Tumor auf der Halsseite stellt eine einzige im Innern weichte Drüse dar; das Gleiche gilt von einer Drüse in der rechten Achs während die übrigen Axillar- und Halsdrüsen nur leicht geschwellt sind, v auf der linken Seite.

Im Hals und Rachen, besonders Larynx und Trachea eine colloss Menge eitrigen grünlichen Schleims. Schleimhaut geschwellt; Trachea dir über der Bifurcationsstelle, an beiden Seiten comprimirt, ziemlich sy metrisch rechts und links. Dieser Stelle entsprechend liegt aussen an c Trachea der Tumor im vordern Mediastinum, der ebenfalls aus geschwellt Drüsen besteht und durch die stark geschwellten linkseitigen claviculär Drüsen mit den übrigen Tumoren zusammenhängt. Ein Querschnitt dur diese Stelle des Tumor's zeigt dieses Gewebe sehr fest, aus derben, sehnig Strängen bestehend, zwischen denen etwas mehr transparentes, trübes, gell

vebe eingelagert ist. Die Knorpel der Trachea sind noch erhalten; die auf r Innenfläche aufgelagerte Schicht etwa 1 ½ ctm. Der Medullartumor hängt er zusammen mit den sehr stark geschwellten beidseitigen Bronchialdrüsen. chea comprimirt; vollständig angefüllt mit grünlich-eitrigem Inhalt Der re rechte Oberlappen roth hepatisirt mit beginnender Eiterung in Umgeg der Trachea Im Oberlappen mehrere lobuläre Eiterungen. in der linken ge nur beschränkte lobuläre Eiterungen. In den kleinen Bronchien derselbe ılt wie rechts. Die Drüsen links der Aorta thoracic sind mässig geschwellt. z 16 ctm. lang, 10 ctm. breit, 13 ½ ctm. dick. Capsel etwas gerunzelt. sistenz mässig und Pulpa blass. Follikel gross mit verwaschener Grenze, s z. B. vorspringend; ausserdem zahlreiche prominente Knoten von ½ bis ctm. Durchmesser, die aus einer Gruppe von kleinen grauen, transınten und mehr trüb-weissen Flecken bestehen; von einander getrennt h schmale Streifen Pulpa. Die Drüsen am Hylus geschwellt, mit käsig ehenden Einlagerungen. Retro- und Mesenterialdrüsen mässig vergrössert, fest, ohne käsige Einlagerungen. Nebenniere und Niere nichts Abnormes.

Dieser Sectionsbericht hat insoweit Interesse in pathologischtomischer Beziehung, indem er erstens zeigt, dass auch andere ıächster Nähe des primär entstehenden Drüsensarkom's befindıen Drüsen von diesem Neoplasma ergriffen werden; dann ıer bietet selber ein exquisites Bild der retrograden Metarphose; in mehrern Drüsen käsige Herde. Erweichungsde im Centrum nach der Peripherie hin abnehmend, Metaıen an den Rippenknorpeln und in der Milz; nebst Bronchoumonie und Compression der Trachea durch den Medatiıor. Patientin hatte gegen Ende ihres Lebens öfters Erstickungsälle und heisere Stimme, welche Symptome sich aus der ıpressions-Erscheinungen der Trachea leicht erklären lassen.

Nr. 10. Sektionsbefund. Panniculus gut entwickelt. In der hten Leiste und untern Bauchgegend eine grosse Anschwellung. Die t darüber zum Theil zerstört und zum Theil stark geröthet; troken Abschilferung der Hornschicht; das blossliegende Gewebe braunvarz, ganz mit einer bräunlichen Jauche infiltrit. In der Bauche wenig Flüssigkeit. Serosa normal, nur an beiden Leistengegenden, entlich rechts durch darunter liegende Tumoren vorgetrieben. Ueber dem sen Tumor in der Leiste sitzt ein kleinerer mehr nach der Mittellinie hin, welchem aus noch nach links hinüber in den Panniculus kleine Knoten berreichen. Dieselben sind scharf begrenzt, etwas lappig, graubraun, einzelnen Stellen etwas heller mit viel braunem Safte.

An der 4. Rippe rechts in der Nähe des Knorpelansatzes einen 5 ctm. er und 2 ctm. hoher Knoten; in der linken Brustdrüse ein im Ganzen r Knoten, doch auch etwas bräunlich mit viel trübem Saft. An der

Verbindung von Manubrium mit Corpus steris ein Knoten, der nach Aus und Innen vorragt. Auf der Schnittfläche sieht man, dass der untere Tl des Manubrium davon eingenommen wird, Knoten bräunlich und zum Tl schwarz. An Stelle des Tumor's ist die Knochenspongiosa zerstört. Li Lunge frei, rechte Lunge verwachsen; leicht trennbaren Adhesionen. Kno auf der 4. Rippe auch schwarzbraun, mit Saft, lappig, Herz normal, M kulatur blass. Rechtseitige Achseldrüsen leicht geschwellt und pigmen links dasselbe. In der linken Lunge im Unterlappen ein schwach pigm tirter Knoten. Milz etc. gross, blutarm, blass; Follikel deutlich. Retrop tonealdrüsen leicht geschwellt; bräunlich. Nieren normal.

Geschwulst in der Leiste besteht aus einem grossen und mehre kleinen Knollen; der grosse Knoten fast ganz schwarzbraun, sehr viel Sa die kleinern Knoten etwas fester, weniger pigmentirt. Iliacaldrüsen gleichem Aussehen; zum Theil erweicht. Linkseitig sind die Leistendrü gleich verändert. Magen und Duodenum Nichts. Leber enthält einen klei cavernösen Tumor ohne weitere Veränderungen. Thyreoidea mässig geschw 3 Knoten; Wirbelsäule, 3. und 4. Brustwirbel mit einer chocoladefarbi Masse erfüllt, wo die Bogen der Wirbelsäule sich linkerseits ansetzen. knöcherne Gerüst im Ganzen erhalten, obschon sehr weich, brüchig, 7 10 Wirbel mit obiger Masse, wenn nicht so stark durchsetzt. Gehirn Augen nichts Besonderes.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein in den Leist drüsen primär auftretendes Melanosarkom; zeigt wie Fall secundäre Herde in andern nahe liegenden Drüsen; zeigt Me stasen in Lunge, Mamma, Thyreoid., — und Rippen, Sternu nebst sarcomatöser Entartung der Wirbelsäule (3—6 Brustwirl 7—10.) Ebenfalls lässt sich die Todesursache erklären aus ginnender Gangrän in der rechten Leistengegend.

Nr. 11. Sektionsbefund. Gehirn nichts Abnormes; kräftiger Kör Auf der linken Seite des Halses eine collossale Anschwellung; an e beschränkten Stelle die Haut verfärbt, röthlich; die Epidermis in Bl abgehoben durch ein röthliches Serum. Die Anschwellung reicht der Clavicula bis unter das Ohr; die Haut lässt sich von dersel loslösen. Das Unterhautzellgewebe fast überall in geringem Grad ei infiltrirt. Auch die Parotis ist durch die Geschwulst in ihrem untern T emporgehoben.

Linkseitige Achseldrüsen mässig geschwellt, die grösste ca. 3 ctm. Durchmesser, weisslich, ziemlich fest; mit etwas weichlichem trüben S Im Hylus gelbe Einlagerungen, wie es scheint von Fettgewebe. Herzbe und Herz normal. Rechte und linke Lunge überall lufthaltig, ödema Bronchialdrüsen frisch geschwellt. Linke Lunge zeigt heftigen Cata Unterlappen etwas schlaff hepatisirt. Bei der Herausnahme der Geschw an der äussern Fläche des aufsteigenden Astes des linken Unterkie

cheint das Gewebe daselbst weich und mit eitriger Flüssigkeit infiltrirt.
dseitige Superclavicalardrüsen geschwellt; röthlich-weiss mit etwas Saft;
linkseitigen mit dem Tumor zum Theil noch etwas verwachsen. Die
htseitigen Achseldrüsen wie die linkseitigen; Schwellung etwas geringer.

An der Oberfläche des grossen Tumor, dessen Länge 20, Breite 13 und
ke 7 ctm. beträgt, zahlreiche grosse und kleinere Drüsen, alle von gleichem
sehen wie die frühern. Der grosse Tumor besteht auf der Schnittfläche
einzelnen noch erkennbaren Lappen, welche stark geschwellten Drüsen
sprechen; weich, weissröthlich, markähnlich mit sehr viel Saft; die innere
sse des Tumor's von grauröthlichen, trüben, scharf abgegrenzten Parthien
chsetzt, zum Theil etwas trocken; einzelne Stellen sehen etwas gallertig
, etwa ähnlich einem serumreichen Fibrin. Die periphere Zone fast aller
ner Stellen durch einen intensiv trüben, weisslichen Saum gebildet. Nach
n ist die Innenmasse des Tumor's erweicht, quillt vor, fasert sich unter
sser auf, mit einer trüben, graurothen Flüssigkeit infiltrirt; dabei feine
he verästelte Linien, an Gefässe erinnernd. Auch ist die periphere Zone
ch Eiter und Fettinfiltration getrübt. Die rechtseitigen Halsdrüsen wie
Achseldrüsen sehr blutreich, ebenso die Drüsen in dem vordern Media-
num direkt unter dem Manubr. sterni, welche bis an den obern Theil des
rzbeutel heranreichen. Die Trachea etwas nach rechts hinübergedrängt.
f der Schleimhaut der Trachea und des Larynx zahlreich kleine weissliche
oten; die kleinsten wie Tuberkel, die grösseren Eruptionen confluiren, in
Trachea den häutigen Ringen entsprechend. Rechte Tryreoidea hyper-
stisch, mit einer Cyste, ebenso links. Milz 13,3 lang, 9,5 breit, 3,5 ctm.
k. Pulpa weich, blutreich; Follikel ausserordentlich deutlich, trüb und
ss., Linke Niere normal; rechte zeigt Hydronephrose. Rechtseitige
üsen längst der Vasa iliaca und cruralia stark geschwellt; zum Theil
ch, faserreich. Retroperitonealdrüsen geschwellt, jedoch nur die obern im
nen Grade. Mesenterialdrüsen nicht verändert. Magen, Leber etc.
hts Abnormes.

Es ist dieser Fall wieder ein Pendant zu dem was wir an-
ngs betreffs secundärer Infection der nächstliegenden Lymph-
üsen beim Lymphosarkom betont haben. So sehr dieser Fall
nalogie mit dem weichen malignen Lymphom darbietet, — so
bt uns dennoch der hystologische Befund genügend Auskunft
r die Diagnose. Wiederum treten uns Zeichen retrograder
etamorphose, entgegen; centrale Erweichungsherde; und
der peripheren Zone Eiter, Fettinfiltration; ferner Meta-
sen im Larynx, Trachea und Milztumor. Eigenthümlich bei
esem Falle ist das Freibleiben der Mesenterialdrüsen von dieser
fektion. — Langhans, pag. 529 l. cit. — erwähnt die Immu-
ät der Mesenterialdrüsen beim malignen Lymphosarkom. —

Patient starb, wie auch der Sectionsbefund bestätigt, in Folge vo beginnenden Verjauchungsprozess mit hohem Fieber und nach folgendem Collaps.“ — Wir glaubten obige Sectionsberichte i entenso anzuführen, weil nicht zu oft Gelegenheit geboten wird bei solchen Individuen Autopsien vorzunehmen und weil bei diese Fällen, obwohl das klinische Bild nicht genau mit dem patho log-anatomischen harmonirte; die Section erst die Diagnos ganz genau bestätigen kann. Nebstdem dienen diese als Stütz und Begründung für unsere gleich anfangs erwähnte Thatsach betreff Infection der nächstliegenden Drüsen bei primären Lymphosarkom.

c. **Ein Fall von Lymphomatis diffusa** (Prof. Kocher) Im Anschluss an die genannten Fälle reihen wir noch eine Fall an, der im Krankenjournal als „Lymphomatosis diffusa aufgeführt wird; und der, da er bald nach Eintritt in's Spital in welcher er am 11. April 1884 als Nothfall gebracht wurd starb, mehr pathologisch-anatomisches denn klinisches Interess darbietet. Wir verweisen betreff Anamnese Status auf beiliegend Tabelle und bemerken nur, dass Patient eine Lymphangiti kurz vorher durchgemacht und wollen nun den Sektionsbefun mit einigen epikritischen Bemerkungen mittheilen.

Sektion. 21. Juni 1884. Oedem der untern Extremitäten, der Arme, de Lendengegend; am Rücken mässige Livores; Scrotum stark geschwellt, be sonders rechts. Haut in der rechten Leistengegend in weiter Ausdehnun von brauner Farbe; sehr fest und derb, besonders in der innern Fläche de Oberschenkels mit Epidermischuppen bedeckt. In der Gegend der äusser Leistendrüsen zahlreiche Exoriationen mit geröthetem Granulationsgewel ausgefüllt, in der einen Oeffnung von unregelmässiger Gestalt, in welcher d Sonde etwa 3 ctm. vordringt ohne Hindernisse. Es kommt eine trübe rötl liche Flüssigkeit heraus. Panniculus spärlich, nur wenig dunkler a normal. Musculatur atrophisch, blass, transparent. Das Zwerchfe rechts bis zum untern Rand der 5., links bis zum obern Rand der 6. Ripp Magen und Gedärme etwas enge. Leberrand in gleicher Höhe mit de Rippenrand. Mesenterialdrüsen geschwellt, besonders die an der Wu zel gelegenen stark injicirt, weich. Am Mesenterium, an den unte Schlingen des Ileum's sind einige Verdickungen. In der Bauchhöhle etw Serum; Harnblase gross; Rectum mit Faeces gefüllt, so dass in der Excavat rect.-vesical. nur die Hand eingeschoben werden kann.

Die linkseitigen innern Leistendrüsen sehr stark geschwell fest, im Innern geröthet, an den gerötheten Stellen viele Flecken, die etw

b sind. Rechts in der Gegend des Coecum's Adhaesionen des Processus miformis mit verdikter injicirter Serosa bis an die Beckenwand nach dem montorium hin angebracht. Vasa cruralia stark injicirt, mit bindevebigen Auflagerungen bedeckt; ebenso auf der rechten Beckenwand, selbst einige prominente Stellen von eitriger Farbe aber fester Consistenz. innern Leistendrüsen stark geschwellt, gleich fest, elastisch, von Farbe Eiters. Aus der rechten Pleurahöhle fliesst beim Ausschneiden sehr röthliches Serum. Lungen mässig retrahirt. Nach Lösung der haesionen erscheint die rechte Lunge klein; linke mässig feste Adhaeien im ganzen Umfang der Lunge. Das Fettgewebe namentlich über dem phragma erscheint mässig dunkel gefärbt und mit klarem Lumen infiltrirt. Herzbeutel etwa 100 ctm. röthl. Lumen. Herz sehr breit, rechter ntrikel schlaff, bildet zur Hälfte die Herzspitze. Linker Ventrikel iiger schlaff, beiderseits voll dünnflüssigem Blut; wenig Cruor und Speckt. Im ductus thoracicus keine Flüssigkeit.

Die beidseitigen obern Halsdrüsen sehr stark geschwellt, die grössten weich trübem graurothen Saft. Schnittfläche grauröthlich, in der Mitte das webe erweicht; milzähnlich, keine Abscesse. Die kleinen Drüsen sind etwas er, aber auch stark und unregelmässig injicirt. Blut im Thorax gerinnt. Temperatur im Innern ist nicht besonders hoch. Starkes Atherom der ta. Herzklappen sind normal. Rechter Ventrikel mit Wand 3 ctm. , linke Ventrikel etwas eng, Wand 11 ctm., blass, transparent. Rechte ige sehr klein, fast der ganze Unterlappen atelektatisch, trocken, mässig treich, ebenso die anstossenden Parthien des obern Lappens. Im Uebrigen iemie und geringes Oedem. Linke Lunge mässig gross, anämisch, matös. Im Oberlappen einige Lobuli tief geröthet.

Im untern Theil des Oesophegus gallige Infiltration. Beide Tonsillen k geschwollen. Auf den prominenten Parthien, zum Theil loker liegende, nliche Membranen, unter denen eine etwas unebene Fläche, jedoch ähnder normalen Oberfläche der Tonsillen. Links nach Oben zu eine ssere Höhle, in der tief schwarzgrünes Gewebe sich befindet. Auf dem chschnitt der schwarz-grünen Verhärtung oberflächliches, darunter mässig u-weisses gleiches Gewebe, darunter gerunzelte erweichte Parthien, die Theil ziemlich scharf begrenzt sind. Weiter nach unten weiches rothes vebe, milzähnlich. Rechts auf dem Durchschnitt lässt sich noch stellense das grauweise Follikulargewebe, die Krypta umgebend, einige Milliier noch erkennen. Die grosse Masse unter dem schwarzen Schorf netzlich. Auf dem andern Theil die Zunge etwas belegt, an der Basis ge gelblich-grüne geschwellte Parthien, ähnlich den Tonsillen, an der minenzen fühlbar sind; aber hier ist eine leichte Vertiefung auf der Höhe diese von röthlichem Gewebe ausgekleidet. Ferner im untern Theil des arynx, in der Tiefe der Ausbuchtung zwischen Cartilag. thyreoid. und lig. ary-epiglottic. ähnliche Veränderungen wie an der Zungenbasis.

In dem Larynx und der Trachea Schleimhaut anämisch, Colloidma mit Cysten und Verkäsung. Die Drüsen an der Theilungsstelle der

Trachea stark geschwellt, die kleinern weiss-röthlich, markig, weich, di grössern fester, buntweisslich, mehr peripher gelegenen wechseln mit röthliche roth-braun-gelben ab. Die Letztern im Ganzen central. Dieselben bilde nur eine schwache periphere Zone. Linkerseits von den tiefen Hals drüsen 2 stark geschwellt; die eine wie oben beschrieben, die andere vo eitriger Farbe, stark grau und fest. In dem Arcus Aortae bis etwas übe die Abgangsstelle der Subclavia sinistr. starkes Atherom. Die Milz seh klein, 9 lang, $5\frac{1}{2}$ breit und 2 ctm. dick, Pulpa blass, sehr fest, Follike nicht deutlich. Linkseits ein Herniensack, in welchem die vorderen zwe Glieder des Zeigefingers eingeführt werden können. Rechts ein Hernien sack nicht mit Sicherheit zu constatiren. Darm und Mesenterium wurde gelöst von der hintern Bauchwand, auch an der Mesoflexur einige Ver dickungen. Vor der Wirbelsäule grosse hökrige Tumoren, welche auf de Schnittfläche als geschwellte Lymphdrüsen von fester Consistenz und gleicher Charakter wie die frühern sich ergaben; nur finden sich hier mehr im Centrum der Drüse die gelben Parthien scharfer abgegrenzt. Die Drüsen an de Porta. hepat. nicht geschwellt. Der Panniculus in der rechtseitigen Leisten gegend sehr ödematös. Neben den äussern Leistendrüsen die Haut verdünn schwielig. In dem schwieligen Gewebe kleine geröthete Stellen. Der Pann culus am Oberschenkel ödematös. Die äussern Leistendrüsen mit der Hau verwachsen an der Punctionsstelle. Die Scheide der Ven. crural. sehr derb fest. Aus der Ven. crural. kommt beim Anschneiden ein Brei von der Farb des Bluts, aber in dünner Schicht deutlich braun hervor. Er lässt sich zien lich leicht abspülen. Es bleiben aber auf der Gefässwand auch festere Masse sitzen, die sich mit dem Finger zum Theil entfernen lassen. Die äusser Leistendrüsen auf der Schnittfläche stark weich, bunt wie die übrigen, ohn grünliche und eiterähnliche Verhärtungen. Sie sind durch schwieliges Bind gewebe mit einander verwachsen. Die innern Leistendrüsen auf de Schnittfläche grün und fest, zum Theil braun-gelb und erweicht. Link Nebenniere abgemagert. Linke Niere sehr fest, mässig blutreich un transparent, einige gelbe kleine Flecken, sehr fest wie Fibrone. Lebe etwas dick, im Höhendurchmesser wenig entwickelt. Leichte Trübung de peripheren Theile der Acini. In der Gallenblase viel zäher braun-gelbe Schleim. Die rechte Niere wie die linke. Becken etwas weit. In d Harnblase trüb-braune Flüssigkeit. Rechts von der Harnblase auf der Hinte fläche des Rectus abdominis ein Drüsen ähnlicher Tumor, mit dem M. Rect fest verwachsen. Die Retroperitonealtumoren fest auf der Wirbelsäule ang wachsen, erstrecken sich namentlich nach rechts. An der Seitenfläche lin sind die Drüsen längst der Vasa iliaca geschwellt, ebenso die innern Leiste drüsen von markigem Aussehen mit gelblicher Einlagerung. Ebenso d äussern Leistendrüsen. Vena iliaca und cruralis sinistr. thrombosi Rechts Hydrocelesak nach Oben abgeschlossen. Hoden beiderseits etwas klei besonders links, letzterer fibrös entartet. Rechterseits auch die Art. pr funda femoris thrombosirt. Bei der Ablösung der rechten Leistendrüs öffnet sich ein Bruchsack, dessen peritoneale Oeffnung durch Adhaesion

chlossen ist. Sämmtliche Drüsen der Beckenorgane werden heraus-
ommen, welche bei der schwieligen Consistenz des umgebenden Gewebes
r schwierig ist; nur vor der Harnblase findet sich gewöhnlich lokeres
degewebe. Der 4. Lendenwirbel ist rechts an einer etwa ½ Quadratzoll
ssen Stelle etwas cariös, der Knochen wenig erweicht. Kleine restirende
ile der Tumoren, zum Theil mit stark grüner Schnittfläche, im Becken
ientlich innert und im rechten Iliacus internus lassen sich nunmehr
fernen. Beckenknochen scheinen intact. Die rechten Axillar-
isen fest, stark geschwellt, zum Theil markig, zum Theil milzähnlich.
ikseitig die Drüsen nur wenig geschwellt, zum Theil weiss, zum Theil
n etwas braun-gelb; mit ziemlich starker Injection. Auch die Supra-
iculardrüsen linkerseits geschwellt. Schnittfläche sehr bunt. Rechts sind
kaum zu fühlen. Die Venen des rechten Oberarms enthalten flüssiges
t. Im untern Theil des Rectum's sehr viel breiige Faeces. An der
leimhaut sehr viele flache rundliche Ulcrationen mit leicht erhobenem,
m getrübten Schleimhautrand, mit röthlicher fast orangefarbiger Basis.
Blase ist eng, Schleimhaut stark in Falten gelegt. Nach dem Aus-
nderziehen der Falten sieht man ziemlich grosse follikel-ähnliche Bil-
gen bis ca. 1 ctm. Durchmesser, die eine grössere Zahl von ganz flachen
ten darstellen, mit etwas eingeschnürter Basis, leicht, filzförmig, vom
de her etwas erhoben, noch von der deutlich erkennbaren leicht injicirten
leimhaut bedeckt. In der Mitte etwas vertieft, die flach-glatte Schleim-
t nicht mehr deutlich; Basis braun-gelb. Sie sind rund, rosettenförmig,
grösste von 1 Quadratmm. Fläche. An der Mündung der Urethra, der
s prostat. urethr. 2 kleine Hervorragungen. Am Caput gallinaginis auch
umor. Im Plexus vesicalis auf der Serosa der Blase ebenfalls Follikel-
liche Einlagerungen. Die ganze Serosa der linken Beckenwand von
nen, flachen Knoten gehoben, die grünlich durchscheinen. Vena cava
erior im untern Theil mit spaltförmigen Lumen; vordere und hintere
nd durch die Tumoren stark nach innen zu vorgewölbt; die Intima
enweise sogar hökrig. Thrombose der V. iliaca dextr. geht bis zum
ava infer.

Schädel ist breit, symmetrisch; synostotische Nähte ziemlich dick,
sig viel blutreiche Diploë; Gefässfurche tief. An dem Stirnbein links
der Sutura coronaria eine geröthete Stelle, an der Oberfläche leicht
ezogen. Dura ist normal gespannt, transparent. Sinus leer. Innen-
ie fein injicirt, rechts etwas dünn-leicht injicirte Membranen. Weiche
nhaut in mässigern Grad anämisch. Viel Liquor cerebrospinalis. An
Basis ziemlich viel Serum. Im Sinus transversus nur wenig Blut.
der Hirnbasis mässige Anaemie der Häute. Das Ependym der
enventrikel sehr stark körnig, ebenso auch im 3. und 4. Ventrikel.
nsubstanz fast anämisch. Im Magen viel galliger Inhalt. Gleiche
ecte wie im Rectum, nur grösser. Duodenum: Schleimhaut stark
irt. Hinter dem Pylorus im Duodenum gewöhnliche Plaques wie in
Harnblase, mit mehr flachen Defecten wie im Rectum. Im Jejunum

die gleichen Veränderungen wie im Duodenum, ebenso im Ileum, wo sich die grössern Defecte den Peyer'schen Plaques anschliessen; Basis theilweise hämorrhagisch. Das Gleiche im Coecum. Im ganzen Dickdarm die Defecte etwas spärlicher. Pankreas nichts. Die Venen der Wadenmuskeln rechts thrombosirt. Panniculus stark ödematös. An der Ferse nichts. Rechtes Femur. Knochenmark im Grossen und Ganzen gelb einmal im obern Drittel an wenigen Stellen etwas geröthet; in der untern Hälfte einige kleine Blutungen. Mark der Wirbelsäule roth.

Epikrise. Dass es im vorliegenden Fall sich um einen eclatanten Fall von Erkrankung des Ganzen lymphatischen Apparates handelt, ist unzweifelhaft. Die Autopsie constatirte Schwellung fast sämmtlicher Lymphdrüsen, der Tonsillen, der Follikel der Zungenbasis mit Ulceration, ebenso ulcerirte Stellen im Larynx. Eigenthümliche follikel-ähnliche, knotige Erhebungen in der Blasenschleimhaut und auf der Beckenserosa. Die Blasenschleimhaut theilweise ulcerirt. Der ganze Darmtractus vom Magen bis zum Rectum zeigt ähnliche Defecte wie die Blase; Darmschleimhaut stellenweise stark injicirt. Daneben ist auffällig die bedeutende Atrophie der Milz; leichte Fettleber; ebenso die Venenthrombosen: Vene cava. infer. Vene crural. und iliac; bedeutende Oedem der Haut der untern Extremitäten; bedeutendes Atherom der Aorta ascend.; Dilatation der rechten Ventrikels und Haemorrhagien im Knochenmark. Was die Drüsenschwellung betrifft, so zeigen die Achseldrüsen im Durchnitt eine grau-rothe Schnittfläche mit centralem Erweichungsherd; ebenso die äussern und innern Leistendrüsen, die eine etwas bunte Schnittfläche darbieten von grüner bis grau-gelber Farbe; die verschiedenen Drüsen durch schwieliges Bindegewebe mit einander verwachsen; von verschiedener weicher und fester Consistenz. Interessant ist der Befund auf der Zungenbasis, den Tonsillen und Pharynxwand, wo Ulcera sich befinden mit Höhlenbildungen, die austapezirt sind mit tief-schwarz-grünlichem Gewebe, nicht unähnlich diphtheritischem Belege; ebenso der Befund in der Mucosa der Blase und des ganzen Darmtractus.

Wir glauben, dass es sich hier um eine lymphatische Erkrankungsform sui generis handle; das multiple Auftreten der Drüsenschwellungen könnte der Vermuthung Platz machen, als handle es sich hiebei um maligne Lymphome. Doch spricht

Befund vollständig dagegen, in pathologisch-anatomischer
ziehung sowohl, wie wegen des zu rapiden klinischen Verlaufes.
eder Winiwarter noch Langhans citiren in ihren statistischen
bellen einen ähnlichen Fall. Auch von leukämischen Tumoren
nn hier nicht die Rede sein, wir verweisen nur auf die
ophische Milz; gegen käsige und luetische Lymphome spricht
enfalls der Befund, sowie gewähren die ätiologischen Momente
ür keinen Anhaltspunkt. Nach unserer unmassgeblicher
sicht liessen sich diese Drüsenschwellungen, resp. dieses
griffensein des ganzen lymphatischen Apparates auf eine
tische resp. pyämische Grundlage zurückführen; nur ist
diesem Falle das Fehlen des Milztumors, da ja die Milz bei
nphatischen Erkrankungsformen sowohl, als ganz besonders bei
ectionskrankheiten eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt,
vas unerklärlich und ebenso das Verschontbleiben der Leber,
eren etc. Für die Annahme einer solchen Krankheitsart spräche
och das ätiologische Moment. Patient hatte in Folge einer
coriation im rechten Fusse eine Lymphangitis sich zugezogen;
dem des rechten Fusses; Schwellung der rechten Inguinal-
isen, sowohl der äussern als innern; eitrige Infiltration der
er der rechten Leistengegend sich befindlichen Haut, beginnende
ngrän daselbst. Druck der infiltrirten pflegmonösen Haut und
geschwellten Drüsen verursachte Thrombose der rechten
nae iliac. und crural., welche sich bis zur Cava infer. hinauf
tsetzte, Thrombosirung der Beckenvenen und Fortsetzung
Lymphangitis auf die in der Bauchhöhle liegenden lymph-
schen Elemente, welche besonders im kleinen Becken sehr
breitet sind. Schwellung der Retroperitoneal- und Mesen-
ialdrüsen und dem Ductus thoracic. entlang auf die Axillar-,
prascapular- und Halsdrüsen. Jedenfalls muss es ein spezifisches,
tisches Virus vorhanden gewesen sein, welches so hochgradige
ränderung in relativ kurzer Zeit im ganzen lymphatischen
stem hervorzurufen im Stande gewesen ist und fehlt uns auch
mentan noch eine richtige Auffassung dieses Falles und möchte
ch unsere Ansicht nichts mehr, nichts weniger als eine sub-
tive, rein persönliche Vermuthung sein, so glaubten wir
nnoch diesen Fall etwas näher erörtern zu müssen in der

Absicht, dass sich später an Hand von andern ähnlichen Krankheitsfällen ein genaueres Krankheitsbild davon entworfen werde. Vorläufig halten wir die Bezeichnung dieses Falles als eine „Lymphomatosis diffusa“ aufrecht, als eine Erkrankung sui generis des lymphatischen Systems, auf wahrscheinlich infektiöser septischer Grundlage beruhend.

IV. Prognose und Therapie.

In prognostischer Beziehung divergiren die Ansichten der Chirurgen wie Pathologen nicht; alle sind darin einig, dass es sich beim Lymphosarkom sowohl, wie beim Lymphoma malignum um Neubildungen handle von exquisit malignem Charakter. Gewöhnlich wird die Prognose der Aerzte auf infaust lauten. Von dem Lymphosarkome medullare sagt Rindfleisch (pag. 514. Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre): „es sind Geschwülste, welche, was Schnelligkeit des Wachsthums und Malignität anlangt, von keiner Sarkomspecies übertroffen worden, obwohl sie niemals eine alveoläre Structur erkennen lassen“. Und im Grossen und Ganzen acceptiren wir auch folgende Ansicht Rindfleisch's, wenn er fortfährt: „Für die Therapie sind sie im Allgemeinen ein Noli me tangere.“ Beim

A. „Lymphosarkom“

kann es sich nur um eine Totalexstirpation des Tumor's handeln, will man sich davon einen positiven Erfolg versprechen. Allein die Chancen, die man auf diese Radikaloperation setzte, sind nicht sehr ermuthigend wegen des düstern Hintergrundes, die jede solche Operation hat, nämlich das drohende Recidiv. Diese Recidivfähigkeit des Lymphosarkom's zeigt uns also wieder eine neue Seite der Malignität dieser Geschwulstform. Daneben müssen wir auch den Umstand erwähnen, dass Patienten mit Lymphosarkom behaftet, gewöhnlich erst dann ärztliche Hülfe aufsuchen, wenn ein operativer Eingriff wegen schon bestehender Allgemeininfection resp. Metastasenbildung in andern Organen, oder zu grosser lokaler Ausdehnung kaum mehr mit Erfolg ausgeführt werden kann. Von den 15 in unserer Tabelle verzeichneten Fälle wurde nur bei 6 die Operation resp. Excisio ausge-

rt. (3. 17. 18. 22. 24. 25.) Dass es sich bei einigen Fällen um ossal ausgedehnte und eingreifende Operationen handelte, lässt begreifen, wenn wir verweisen auf das dem Lymphosarkom, überhaupt allen Sarcomen characteristische Wachsthum, ». Durchwachsung der umliegenden Gewebe durch den Tumor. andern Fälle waren theils inoperabel oder wurde die Opeon von den Patienten verweigert.

Von diesen Fällen sind 3, wo bis jetzt von einem Recidiv h Nichts constatirt wurde. (3. 17. 25.) Sehr eingreifend war Operation beim Fall 25; wo es sich um ein Lymphosarkoma dextr. handelt, das sich bis zur Schädelbasis erstrekte. Hier de die Excision unter Exstirpation eines Stückes der V. jugul. rn. und der Carotis communis bis zum Schädelbein gemacht, ch unter Schonung des N. vagus und Sympathicus (Ganglion I.) yngeus superior, welcher vom Tumor losgelöst, aber mit dem rmokauter geätzt wurde; unter offener Wundbehandlung wurde sehr schöne Heilung erzielt; wiewohl eine rechtseitige Facialisse Stimmbandlähmung mit Heiserkeit und eine Lähmung der ermuskeln des rechten Schulterblattes zurückblieb.

Recidive traten bei 3 Fällen auf (18. 22. 24.); bei Nr. 18., es sich um ein Lymphosarkom der linken Halsseite handelt, le die Excision vorgenommen unter Ligatur der Carot. extern; thyreoid. sup. und occipit.; ferner wurde ein Stück des M. Sternoo mit hinausgenommen; Vena jugul. intern; und Durcheidung des untern Astes der N. facialis. Trotz anscheinend sauberer Herauspraeparation wurde letztgenannter Nervenast hschnitten und stellten sich sofort nach der Operation Sympe der Facialislähmung heraus. Diese Operation fand den I. 83 statt; den 18./II. 84. wurde dieser ein Abscess linken Mamma incidirt und am 7./III. 84 genas Patient n kräftigen und gesunden Knaben. Am 20./VI. 84 wurde, n der Excisionswunde ein Recidiv sich entwickelte, dasselbe rpirt, mit Ausschneiden des Ductus thoracic.; (jedoch ohne en.) Später entwickelte sich noch ein Recidiv in der linken tisgegend und in der Gland. Thyreoid., das nicht mehr operbehandelt wurde. Von Interesse ist bei diesem Falle, dass erste, 2 Stunden dauernde Operation, welche einen ziemlichen

Blutverlurst verursachte, auf die bestehende Gravidität kein deletären Einfluss ausübt.

Bei Nr. 22 wurde den 6./VI. 76 ein rechtseitiges Lymph sarkom exstirpirt mit Ligatur der Carotis extern. gerade üb der Theilungsstelle der Carotis communis; der Ven. jugul. co munis. Im weitern Verlauf der Wundbehandlung trat d 18./VI. eine collosale arterielle Blutung auf, welche die Unte bindung der Carotis communis in loco electionis nothwendig mach welche jedoch die Blutung nicht vollständig stillte und noch d manuelle Compression erforderte. Patient erholte sich von dies acuten Anaemie bald wieder; zeigte jedoch schon nach 2 Monat ein Recidiv in Form einer harten auf Druck empfindlichen Inf tration in der Nähe der ersten Excisionswunde. Es wurde n von einem weitern operativen Eingriff abgesehen und d Electropunctur versucht, welche sehr schmerzhaft war.

Durch seine hartnäckige und exquisite Recidivfähigkeit zeic net sich besonders Fall 24 aus. Die erste Operation fand d 14./VI. 82 statt; es wurden zu beiden Seiten des Halses mu tiple Drüsenschwellungen, welche für körnige maligne Lymphor gehalten wurden, die sich jedoch nach der Operation unter de Mikroskop als Sarcome herausstellten, exstirpirt. Im Januar stellte sich Patient wieder, also nach ca. 6 Monaten und bei seitig zeigte sich ein Recidiv in der Excisionsnarbe, welches da beidseitig den 10./I. 83 exstirpirt wurde. Der Wundverla war unter Wismuth-Behandlung ein normaler. Patient konnte d 28./I. entlassen werden; nebstdem ordinirte man selbem Sol Fowler. Im Juli 1883 zeigt sich wieder ein Recidiv beidseit rechts in der frühern linearen Excisionsnarbe in Form einer d fusen Infiltration; links zeigten sich hinter der Narbe eini multiple Drüsenschwellungen. Es wurde wiederum zur Excisi geschritten (7./VII.); und der Wundverlauf war unter Wismut Behandlung ein vollständig normaler; jedoch hatte sich glei nach der Operation eine linkseitige Stimmbandlähmung eingestel mit Heiserkeit, obwohl, wie der Operationsbericht sagt, bei d Operation weder von N. Vagus noch N. Recurrens etwas geseh wurde. Den 18./VII. entlassen, stellt sich Patient im November also nach 3 Monaten, wieder, indem er über Schmerzen klag

n der linken und rechten Parietalgegend, wo auch besonders inks ein derb-elastischer Tumor zu fühlen war. Offenbar han- elte es sich um Metastasen in den Ossa parietal. Bei diesem Befund konnte von einer nochmaligen Recidivoperation nicht mehr ie Rede sein und Patient wurde als inoperabel nach Hause ent- ssen. Aus diesem Fall kann entnommen werden, wie schnell ch Recidive entwickeln können; gewöhnlich dauerte es kaum Monate und Patient suchte wieder um operative Befreiung on seinen bösartigen Geschwülsten.

Die Electrolyse, welche Winiwarter (pag. 142. loc. cit.) als n therapeutisches Mittel bei den malignen Lymphomen erwähnt, urde ebenfalls beim Lymphosarkom bei Nr. 11 versucht und ngewendet; jedoch mit negativem Erfolg. Ebenso wurden beim eichen Fall 16 Injectionen (täglich eine) von Pepsin. uriatic. 2,0 in $5^0/_{00}$ Lösg. in den Tumor gemacht mit gleichem rfolg. Ob die Gangrün und Necrose, die nach diesen Injectionen n Tumor entstand, in Folge dieser Injectionen auftrat, wollen wir, e oben erwähnt, nicht entscheiden. Auch die Behandlung mit olut. arsenical. Fowler. hat sich nicht bewährt. (Nr. 26.)

B. Malignes Lymphom.

Beim malignen Lymphom kommen in therapeutischer ziehung 2 Methoden in Betracht:

1) Die operative Behandlung: — Exstirpation der malignen Lymphome.
2) Die medikamentöse Behandlung mit Arsenik, — in Form der Solut. Fowler: — sowohl innerlich, — als in Form hypodermatischer Injectionen in die Geschwulst auf Empfehlung Billroth's und seines Schülers Czerny . In der Applikation des Arsenik's wird kein Unterschied nacht bei der harten wie weichen Form des malignen mphom's. Von unsern 9 Fällen von malignen Lymphomen rden nur 2 operativ, d. h. mittelst Totalexcision der Drüsen, andelt. (Nr. 13 u. 20.) Bei Nr. 20 ist bis heute noch kein cidiv erfolgt; Nr. 13 verzeichnet ein Continuitätsrecidiv post isionem, wahrscheinlich in Folge unvollständiger Entfernung Geschwulst-Elemente.

Die Arsenikkur wurde in 4 Fällen angewandt, — Nr. 14, 15 u. 23; — ohne Erfolg bei Nr. 14 u. 15; mit theilweis Erfolg bei Nr. 13 und 23.

Fall Nr. 13., den wir oben erwähnt, zeigte bald nach Excision ein Recidiv in der linken Leiste und eine Drüsenschwell in der rechten Inguinalgegend. Es wurde nun Solut. Fow mit Tinct. amar. aà 3 bis 50 gutt. pro die. ordinirt; nebst Injektionen 2 gutt. — $^1/_2$ Pravazspritze gemacht und z täglich. Während dieser Behandlung treten Symptome von senikintoxication auf: Magenbeschwerden, Neigung zum Erbrec etc. Der Status vom 11. April 1881 ergibt, dass die Geschw in der fossa iliac. sinistr. bedeutend zurückgegangen ist, der faustgrosse Tumor in der rechten Leiste sich auf eine kl flache, derbe Drüse reduzirt hat. Der faustgrosse Tumor in linken Iliacalgegend hat sich bis zur Grösse einer halben Ki faust vermindert; die Consistenz hat sich nicht wesentlich ändert, ist prall-derbelastisch.

Ein analoger Fall bietet Nr. 23, wo nach gemachter plorativexcision zur Arsenikkur geschritten wurde. Patient h am Halse beiderseits collosale Drüsenschwellungen, über fa grosse Pakete darstellend; ebenso Drüsenschwellungen in rechten und linken Axilla; und in der linken Leiste vereinz kleine prall-elastische Drüsen, rechts weniger. Es wurde Pat Arsenik verabreicht und zwar innerlich Solut. Fowler. 3 m gutt. p. die. und soll täglich 2 Tropfen steigen; daneben täg Injectionen derselben Lösung in die Halsgeschwülste, (2 ma Pravazspritze.) Am 13. Februar war Patient bei 30 Tropfen p. angelangt, ohne irgendwelche Symptome von Arsenikintoxic zu bieten. Am 20. April ergab sich folgender Status: Drüsen Halse haben sich erheblich zurückgebildet; die noch vorhand Pakete zeigen dieselbe derbe Consistenz wie früher. Auc der Axilla sind beidseitig noch Drüsen zu fühlen. In den Le kleine multiple Drüsen.

Leider ist uns über den weitern Verlauf dieser beiden nannten Fälle nichts Näheres bekannt; immerhin können Fälle als Belege dafür dienen, dass wir in Arsenik bei gew Fällen ein therapeutisches Mittel besiszen, welches im St

t, wenn nicht ein vollständiges Verschwinden, so doch eine be-
utende Volumsverminderung geschwellter maligner Lymphome
ı bewirken. Ueber die Wirkungsweise resp. Erklärungsweise
r Arsenikwirkung confer. Winiwarter pag. 130 u. ff.

Im Uebrigen schliessen wir uns vollkommen Winiwarter's
nsicht (pag. 165. loc. cit.) bei, wenn er vom Arsenik als differ-
tial-diagnostisches Hülfsmittel sagt: „In wie weit der Arsenik
ı diagnostisches — und fügen wir bei, ein therapeu-
sches — Hülfsmittel ist, d. h. ob man ex juvantibus
f die Natur der Geschwulst einen Schluss ziehen kann, muss
Zukunft lehren.“ Andere therapeutische Hülfsmittel, wie
mpression der Geschwülste, permanentes Bedecken der Ge-
hwülste mit einer Eisblase, Injectionen von Chromsäure, was
iniwarter versuchte, Jodtinctur (Lücke) wurden nicht versucht.

Zum Schlusse erübrigt es mir noch, meinem hochverehrten
hrer, Herrn **Professor Kocher,** für seine mir gütigst und
f zuvorkommendste Weise zur Benutzung zugesandten Kranken-
schichten meinen besten Dank auszusprechen.



Litteratur:

Th. Langhans. „Das maligne Lymphosarkom.“ (Pseudoleukaemie) in Virchow's Archiv. XXXIII. (pag. 509—537) Band 54. 1872.

v. Winiwarter. „Ueber das maligne Lymphom und Lympho-Sarkom.“ in Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie III. (pag. 99—166.)

Handbücher der allgemeinen wie speziellen Chirurgie von Billroth, König. (Edit. II.) I. Band. p. 461—464.
der patholog. Gewebelehre“ von Rindfleisch etc. (5 Auflage 1878.) § 579.



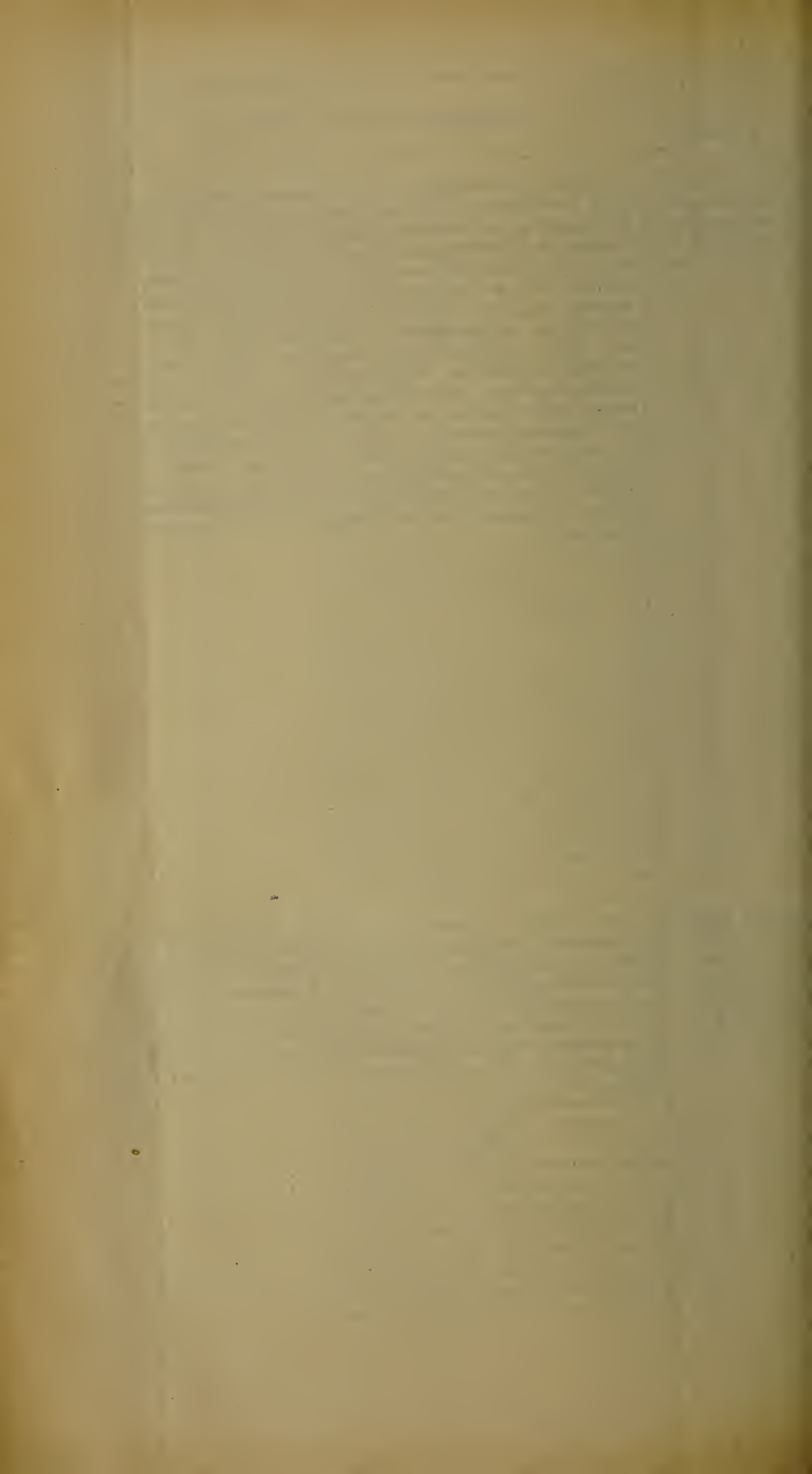


21 Fälle von malignen Lymphdrüsentumoren

aus der chirurgischen Klinik zu Bern von 1872 bis 1884.

I.

№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
1.	Flückiger Joh. von Dürrenroth bei Biel. Landarbeiter. 43 Jahre alt. 2. Dezbr. 1872.	Circa 4 Monate vor Eintritt in's Spital bemerkte Patient hinten am rechten Ohr ein bewegliches Knöthchen, das langsames Wachsthum zeigte, von harter Consistenz. Eine Probeinscision in die Geschwulst, welche vom behandelnden Arzte für eine entzündliche Lymphdrüse gehalten wurde, ergab nichts als Blut. Ausstrahlende Schmerzen nach der hintern Halsseite und der rechten Schulter.		3. Dezember. Patient kräftig gebaut; an der rechten Halsseite ein mannsfaustgrosser Tumor, an den Kieferwinkel und den Processus mastoid. anstossend und den Sternocleido im untern Theil abhebend. Haut darüber bläulich-roth gefärbt; etwas ödematös. Consistenz des Tumor's teigig fest; sehr druckempfindlich; Tumor unbeweglich der Wirbelsäule aufsitzend; keine Erscheinungen von Druck auf den Larynx. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lymphoma malignum colli dext. (Lymphosarkoma.)		9. Dezember ungeheilt entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.
2.	Zurflüh Joh. von Trub. Landarbeiter. 54 Jahre alt. 19. Juni 1873.	Vor 3 Jahren fühlte Patient in der linken Leistenbeuge einen kleinen, erbsgrossen Knoten, der nach 5—6 Monaten baumnussgross wurde. Seitdem schnelles Wachsthum. Vor 2 Jahren hatte der Knoten die Grösse des jetzigen untern Knoten. Auf Inscision des consultirten Arztes (1871) entleerte sich eine geringe Menge Blut. Um diese Zeit begann der zweite Knoten dicht über dem erstern zu wachsen. Schwellung des linken Beines. 14 Tage vor Eintritt in's Spital bestand Patient eine linkseitige Pneumonie; während dieser Zeit Schmerzen im obern Knoten.		19. Juni. In der linken Inguinalgegend befinden sich zwei mannsfaustgrosse Knoten von etwas hökriger Oberfläche. Haut über denselben normal; hie und da mit der Geschwulst leicht verwachsen. Leichte Venenausdehnung in der Haut sichtbar. Leichte Fiebertemperaturen Abends. 38,0—39,0. Puls 100—112.	Lymphosarkoma regionis inguinalis sinistr.		19. Mai ungeheilt entlassen.
3.	Vriblet-Frey Katharina von Biel. Landarbeiterin. 59 Jahre alt. 20. April 1874.	Patientin fühlte seit circa $2\frac{1}{2}$ Jahren im linken Vorderarm beim Arbeiten Schmerzen, die sie für rheumatische hielt. Seit dieser Zeit datirt das Wachsthum eines Tumor's in der Gegend des linken Condylus intern. humeri. Der Tumor war haselnussgross. Wachsthum langsam, mit zeitweisen Schmerzen. Im Sommer 1873 begann der Tumor schneller zu wachsen und in der linken Axilla zeigte sich ein zweiter Tumor. Eben zur gleicher Zeit entstund ein solcher in Mitte des Vorderarm's dorsalwärts. Im November 1873 wurden die Schmerzen heftiger, welche mit Blutegel bekämpft wurden und seitdem wuchs der Tumor zur jetzigen Grösse heran.		9. Mai. Patient trägt über dem Condylus intern. humer sinistr. und an denselbem durch einen langen Strang angeheftet, eine eigrosse unregelmässige Geschwulst von sehr fester Consistenz; zeigt in ihrer Hauptausdehnung Verwachsungen mit der bläulich-rothen Haut. Auf der Unterlage ist der Tumor beweglich, frei, mit Ausnahme der oben erwähnten Verbindung. Arm sonst normal und Bewegungen des Ellbogengelenkes vollkommen frei. In der rechten Leiste eine kleine unschmerzhafte bewegliche Drüse zu fühlen.	Lymphosarkoma cubiti sinistr.	19. Mai Exstirpation unter Chloroformnarcose und Lokalanästhesie.	Wundverlauf normal. 8. Juni in Heilung begriffen entlassen. Weiteres — ob Recidiv — unbekannt.
4.	Rüfenacht Elisabeth von Summiswald. Magd. 42 Jahre alt. 26. Octob. 1874.	Im Juli dieses Jahres bemerkte sie unter dem rechten M. Pectoralis eine Geschwulst, welche an Grösse zunahm und keine Beschwerden machte. Einige Wochen später zeigten sich Verhärtungen der Haut. Es wurden Inscisionen gemacht, welche lange eiterten.		30. October. Patientin ziemlich kräftig gebaut, doch etwas anämisch. In der Axilla dextra. findet sich unter dem M. pectoralis major, denselben nach vorne erhebend, eine doppelfaustgrosse Geschwulst, gegen den Thorax zu beweglich, von fester Consistenz, mit verschiedenen weichen Hökerchen. Unter der Haut ist die Geschwulst verschieblich. In der Axilla sinistr. finden sich drei zusammenhängende, ziemlich feste, bewegliche Drüsen von unregelmässiger Form und der Grösse kleinerer und grösserer Kastanien. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lymphosarkoma (multipel). Nach Putiata: Angiosarkom.		Ungeheilt entlassen. Auf der medicinischen Klinik von Prof. Quinke gestorben.



Nr.	Name, Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Hereditát.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
[illegible]	Gusset Elisabeth von Uebendorf. Landarbeiterin. 18 Jahre alt. 2. Novbr. 1874	Mitte 1874 begann ohne bekannten Grund die linke Seite des Halses schmerzhaft zu werden, ohne sichtliche Veränderung. 1—2 Tage nachher zeigte sich eine diffuse, blass-rothe Schwellungen über der Clavicula. Ende Juni unter der Clavicula eine kleine auf Druck empfindliche Geschwulst, die spontan keine Schmerzen verursachte. Anfangs August hatte die Geschwulst die Grösse eines Hühnereies; ausstrahlende Schmerzen gegen die Achsel und Mitte des Oberarms. Schmerzen hörten auf; bis Anfangs September Wachsthum und Schmerzhaftigkeit wieder zunahm. Auf Cataplasmen ging die Geschwulst etwas zurück, bis sie im October mit Schmerzen zunahm bis zur jetzigen Grösse. Innert 14 Tagen bildeten sich 4 wallnussgrosse harte Knoten rechts am Halse, 2 am Kieferwinkel und im taubeneigrosser Knoten in der linken Axilla. Mitte Oktober klagt sie über Schmerzen auf der linken Brustseite und am Bauche. Seit Ende Oktober Husten.	Mutter soll an der rechten Halsseite eine grosse Drüse gehabt haben, die in Eiterung überging.	4. November 1874. Patientin sieht etwas zart aus, jedoch nicht sehr anämisch. Ueber der linken Clavicula ein Tumor, reichend bis zum linken Sternocleido, an die Clavicula bis zu derem unterem Drittel, nach hinten bis zum obern Rande der Scapula, nach aufwärts streckt sie sich zapfenförmig hinter dem Sternocleido bis 2 ctm. an die Wirbelsäule, auf der höchsten Höhe bläuliche Röthung mit Pseudofluctuation. Consistenz derb, an einzelnen hervorragenden Hökern prall bis hart. Tumor vollständig unbeweglich, auf leisen Druck empfindlich. Im vordern Umfang befindet sich auf der Haut ein kleines derbes Knötchen, über der Geschwulst hinter dem Sternocleido findet sich eine haselnussgrosse bewegliche Drüse, ebenso 2 verschiebliche hinter dem Kieferwinkel. Hinter der untern Hälfte des Sternocleido eine bewegliche derbe unregelmässige, etwa taubeneigrosse Drüse. In der Gland. thyreoid. befindet sich links unten ein weicher Knoten durch eine Furche vom Tumor getrennt. Leichte Trachealstenose. Unter der äussern Hälfte der Clavicula eine wallnussgrosse derbe Geschwulst, in der Tiefe fest aufsitzend; eine solche in der linken Axilla; jedoch verschieblich, zwischen diesen mehrere Drüsenpakete. Neben dem Sternum und auf dem Epigastrium viel derbes Oedem; druckempfindlich; Drüsenschwellungen in der linken und rechten Leiste. Keine Milzvergrösserung. Druck in der Milzgegend, auf die Leber und linke Sternumhälfte schmerzhaft. Ueber dem Sternum deutliche Dämpfung. Lungenauscultation normal. Später im November Zeichen von Bronchitis mit zähem Auswurf. Unter der II. Rippe links, nahe beim Sternum und rechts in der Gegend des Rippenknorpels ein haselnussgrosser Knoten, fest mit der Unterlage verwachsen und druckempfindlich. In der linken Mamma in der Tiefe eine harte, solide Masse, in der rechten Axilla eine haselnussgrosse harte bewegliche unempfindliche Drüse. Druck auf Manubr. sternei und Processus coracoid. schmerzhaft.	Lymphosarkoma sin. colli mit secundären Herden.		4. Novbr. 1884. Sectionsbefund. Vide pag. 28.
5.	Kühni Magdalena von Langenthal. Uhrmacherin in Sonviller. 44 Jahre alt. 6. Juli 1870.	Vor circa 7 Wochen bemerkte Patientin, durch Schmerzen aufmerksam gemacht, hinten am rechten Ohre ein baumnussgrosses Knötchen, ziemlich oberflächlich unter der Haut gelegen; allmähliges Wachsthum; Schmerzanfälle 1 Stunde bis einen halben Tag dauernd, abwechselnd mit schmerzlosen Pausen. Seit einer Woche Schlingbeschwerden und Schmerzen auf Druck des rechten Scheitelbeins. Keine motorische und sensorische Störungen.	Früher oft Zahnweh mit Abscedirungen.	7. Juni 1884. Patient zeigt auf der rechten Seite des Halses und Kieferwinkels rückwärts bis an die vorragenden Nackenmuskeln, vorwärts bis zur Mitte des horinzontalen Kieferastes und abwärts bis zur Mitte des Halses eine etwa gänseeigrosse mit dem grössten Durchmesser von vorne nach hinten gehende Geschwulst; von leicht hökriger Oberfläche; unregelmässiger Gestalt; Haut darüber unregelmässig bläulich geröthet, etwas infiltrirt und nicht faltbar. Consistenz im Ganzen eine weiche, an den gerötheten Stellen eine zusammenhängend fluctuirend., obschon Fluctuation von vorne nach hinten nicht zusammenhängt. Druck überall, besonders an den gerötheten Stellen sehr empfindlich; Tumor in toto verschieblich, von vorne lässt er sich ziemlich gut umgreifen. M. Sternocleido mastoid. lässt sich von der Geschwulst nicht abheben, scheint durch selbe hindurch zugehen. Am vordern Ende der Geschwulst am Rande des Unterkiefers findet sich eine mit dem Knochen cohärente Narbe von einer frühern Periostitis herrührend. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen und keine Milzvergrösserung.	Lymphosarkoma colli dextr.		Ungeheilt entlassen den 20. Juli. Status am Entlassungstage der nämliche, nur grössere Infiltration in der Umgebung des Tumor's. Tumor weniger verschieblich.

Ad

de

B
Sc
Th
56
14.

Sc
(
M
F
I
36
23.

III.

№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
7.	Lauter-Portmann Anna, Hausfrau in und von Escholzmatt, Canton Luzern. 47 Jahre alt. 28. Oktbr. 1875.	Während ihres letzten Wochenbettes (Geburt Mai 1873) bemerkte Patientin am rechten Oberarm in der Nähe des äussern untern Bicepstückes eine wallnussgrosse nicht geröthete harte Geschwulst, die ihr etwas Juken verursachte. Von da an liess sie die Geschwulst unbeachtet, bis sie durch das beständige auf den Armentragen ihres collos. hydrocephal. Kindes (4. April 1874) ein unbestimmtes Gefühl von Reizung in der rechten Ellenbogengegend verspürte. Ende 1873—74 fand sie eine neue der Erstern analoge Geschwulst im Oberarm, etwas über und hinter dem Condyl. internen., hart, welche bis zum Januar die Grösse eines Eies erreichte. Im Herbst fing der I. Tumor an zu wachsen, ohne Grund, seit Anfang Oktober verstärktes Wachsthum, Röthung, Parästhesien und Spannung im Vorderarm. Wo die Röthung am stärksten, war die Consistenz des Tumor's eine weiche. Im Winter 1874 bis 1875 ein dritter Tumor in der rechten Axilla, mandelgross. Im Frühlung 1875 füllte der Tumor die ganze Fossa supraclavicul. bis zum M. Sternocleido mastoid. aus und bricht über der Clavic. hervor.	Vater der Patientin soll an Auszehrung gestorben sein.	17. November 1884. Patientin kräftig gebaut, aber ziemlich mager und blass, hustet, jedoch ohne Auswurf, keine Dyspnoe. Neben dem Epicondyl. intern. humer. dextr. ein etwa strausseneigrosser Tumor, ziemlich unverschieblich aufsitzend, auf der obern Hälfte in der ganzen Ausdehnung ein gangränöses krebsförmiges Geschwür; Hautränder geröthet und infiltrirt; Vorderarm und Innenfläche des Oberarms infiltrirt; ödematös; Hand frei. Auf der Vorderfläche des Oberarms ungefähr in der Mitte im Sulc. bicip. intern. ein starker haselnussgrosser Knoten von unregelmässiger Gestalt, derber Consistenz und über dem Knochen und unter der Haut ziemlich leicht verschieblich. Sondirungen des Geschwulstgrundes ergab granulationähnliches Gewebe. II. Tumor in der rechten Axilla faustgross, Thorax anliegend, unregelmässig, knollig, ziemlich fester Consistenz, anscheinend beweglich. III. Tumor über der rechten Clavicula, die ganze Grube ausfüllend, von unregelmässiger Gestalt, von hinten nach vorne beweglich, fester Consistenz, einzelne Höker härter, andere weich, pseudofluctuirend. Haut im vordern Theile faltbar, im untern leicht infiltrirt.	Lymphosarkoma brachii dextr.		Ungeheilt entlassen den 25. Nov. 1874. 2. November trat weitere Gangrän auf. Behandlung mit Jodtinctur, leichtes Jodismus. Inoperabel. Amputatio brachii verweigert. Später ausgedehnte Gangrän (Jauche) welche sich fast über den ganzen Oberarm hinzieht. Gestorben zu Hause im März 1876 an dyspnoiden Erscheinungen.
8.	Junod Francois Uhrmacher von St. Croix, Biel. 27 Jahre alt. 27. April 1876.	Im Mai 1874 bemerkte Patient hinter dem Process. mastoid. links eine haselnussgrosse verschiebliche, nicht empfindliche Geschwulst, welche sich langsam vergrösserte, ohne Schmerzen zu verursachen, so dass er im März 1874 einen Arzt consultirte. Im Oktober 1875 war der Tumor hart, aber nicht mehr gleichmässig rund und glatt, sondern verzweigt lappig, auf Druck empfindlich, nicht spontan. Im Februar 1876 nahm die Geschwulst ungeheuer zu, war entzündlich schmerzhaft. Schluckbeschwerden hatte Patient nie, nur Schmerzen in der Kinngegend und im linken Ohr, aus welchem schon lange ein eitriger Ausfluss bestand. Den ganzen Winter hindurch Appetitlosigkeit, Foetor ex ore; Constipation. Von Neujahr 1876 gewahrte Patient in der linken Axilla eine damals nussgrosse, früher nicht schmerzhafte Geschwulst, die bedeutend an Volumen zunahm; ebenso in der rechten Axilla eine kleine mandelnussgrosse Drüse. Im März 1876 entstanden auf dem Manubr. Sterni neben der Medianlinie einige disseminirte harte Knötchen. Patient machte im 14. Jahre den Typhus durch. Seit dem 17. Jahre litt er an Ohrenschmerzen und Ausfluss aus dem Ohre. Seit lezten Winter Husten.	Eltern hatten 19 Kinder, wovon zwei Zwillinge. Zwei davon leiden an scrophulöser Augenentzündung, keine specifische Affektion.	4. Mai 1876. Patient von etwas kachektischem Aussehen, belegte Zunge. An der linken Halsgegend eine die ganze Seitengegend vom Rande des Trapez. bis zum Vorderrande des Sternocleido und von der Clavicula bis zum Ohrläppchen einnehmende Geschwulst von der Grösse stark zweier Fäuste. Larynx nach rechts verschoben. Haut über dem Tumor nicht in Falten abhebbar, etwas geröthet, derb ödematös, infiltrirt. Auf Druck etwas empfindlich; Consistenz im Ganzen fest; kleinere und höhere stärker hervorragende Höker, zum Theil in der Cutis liegend und meist härter als der übrige Tumor, einzelne weicher. Oben hebt der Tumor das Ohrläppchen hervor und schickt eine Fortsetzung bis an den Tragus unter infiltrirter Haut. Nach rückwärts und vorne abwärts stehen mit demselben kleine unregelmässige, bis wallnussgrosse Knollen in Verbindung, welche sich nicht deutlich abgrenzen lassen; von grösserer Verschieblichkeit als der Haupttumor; letzterer ist nur von rechts nach links verschieblich. Auf der linken Seite des Manubr. Sterni sitzt in der Haut, wie eine callöse Narbe aussehend, eine hökrige flache Erhabenheit von sehr harter Consistenz. In der linken Axilla auf der Brustseite sitzt ein aus mehreren Knollen bestehendes, ziemlich pralles, leicht verschiebliches Drüsenpaket und in der Axillarlinie abwärts fühlt man ganz kleine pralle Knötchen, die unter dem Finger leicht hin und herrollen. In der rechten Axilla ein haselnussgrosser rundlicher praller Knoten, ebensolche unter dem rechten Sternocleido; den Tumor fühlt man bei Palpation an der hintern Pharynxwand.	Lymphosarkoma colli inframastoid. metastatic. Periphere Ursache: eitriger Ausfluss aus dem Ohre — Otitis media.		Inoperabel Entlassen den 21. Mai 1876. Weiteres Schicksal des Mannes unbekannt.



№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
9.	Born Jakob, Schuster von Thunstetten. 56 Jahre alt. 14. Mai 1876.	Patient weiss, dass er schon seit etwa 5 Jahren in der Gegend der rechten Submaxillardrüse eine stark haselnussgrosse, harte verschiebliche Geschwulst besass, welche im Januar 1876 anfing schmerzhaft zu werden, Gefühl von Spannung zu verursachen und bedeutend anzuwachsen. Im April war das Wachsthum noch schneller auf Kataplasmiren hin; Oeffnen des Mundes war erschwert, Schlukbeschwerden; Patient klagt über beständiges Würgen.	Eltern gesund und Kinder, das älteste an Scrophulose leidend. Mit 20 Jahren hat Patient Typhus, im 47. Jahre Pneumonie durchgemacht. Periphere Ursache: Alveolarperiostitis.	17. Mai. Patient hat unterhalb des hintern Zweidrittels des rechten horizontalen Kieferastes einen stark mannsfaustgrossen Tumor. Haut über demselben überall faltbar, doch etwas infiltrirt, von meist auffällig veränderter Farbe; Tumor von prall-pseudofluctuirender Consistenz, auf Druck sehr empfindlich, vom untern Rand des Kiefers deutlich abgrenzbar; Carotis hinter demselben vorbeigehend; abwärts reicht er bis zum Niveau der Schildknorpelinscision, in der Medianlinie bis zur Mitte des Zungenbeinkörpers, das stark nach links geschoben ist. Andere Drüsenschwellungen ausser mehreren erbsen- bis haselnussgrossen weichen Knötchen hinter dem rechten Sternocleido nicht nachzuweisen. Auf der linken Seite analoge nur kleinere Schwellungen, in toto ist der Tumor nicht verschieblich. Zunge belegt, etwas cyanotisch. Zähne des Unterkiefers fehlen oder sind cariös. Vorderer Gaumenbogen rechts nebst der Mandel ist bis zur Uvula nach Innen durch den Tumor verschoben. Im Bereich des Gaumenbogens deutliche exquisite Pseudofluctuation. Tumor im hintern Theil des Mundbodens rechts deutlich zu fühlen, umgreift von unten den Kieferwinkel, von innen und aussen ziemlich fest aufsitzend einen Theil des horizontalen Kieferastes.	Lymphosarkoma submandibulare profundum.	Punktion: Entleerung von 10 cm. rothbrauner Flüssigkeit mit einigen zum Theil röthlichen zum Theil gelbmorschen Gewebsfetzen. Mikroscopische Untersuchung: Viele kleine Rundzellen und ganz grosse Kugelzellen, welche eine beginnende zum Theil vollständige fettige Degeneration zeigen; keine Krystalle.	20. Mai Entlassen, nachdem Patient die schwierige und gefährliche Operation verweigert. Weiteres Schicksal unbekannt.
	Schuhmacher Christina, Magd von Rüschegg, Burgdorf. 36 Jahre alt. 23. Sept. 1876.	Im Herbst 1874 bekam Patientin zur Zeit der Menses beim Treppensteigen ohne alle Ursache Schmerzen in der rechten Leiste; fühlte dann eine halbeigrosse harte auf der Unterlage nicht verschiebliche Geschwulst in der Mitte unterhalb des Lig. Poupart. Menses nicht alterirt. Haut über dem Tumor roth und heiss anzufühlen; Tumor beim Gehen und auf Druck schmerzhaft. Tumor änderte seine Grösse nicht und Röthe und Schmerzhaftigkeit gingen zurück, bis selbe 2 Tage vor Eintritt der Menses wieder sich einstellten und auf die Vorderfläche des Oberschenkels irradirten, mit Eintritt der Menses jedoch wieder verschwanden. So zeigte sich bei den nächsten Menses diese Schmerzhaftigkeit wieder; war jedoch auf die Geschwulst lokalisirt; nicht mehr ausstrahlend; seitdem zeigten die Schmerzen sich nimmer — bei Eintritt der Menses — sondern nur noch bei starken Anstrengungen, um jedoch in der Ruhe wieder nachzulassen. Bis Frühling 1876 hatte der Tumor die Grösse einer Kindsfaust. Am 31. Mai 1876 bekam Patientin nach starker Anstrengung intensiv schneidende Schmerzen im Tumor; letzterer wuchs bedeutend, wurde faustgross, Haut darüber geröthet, heiss, iradirende Schmerzen auf der Vorderfläche des Oberschenkels. Der herbeigerufene Arzt hielt den Tumor für eine Hernia incarcerata und machte Taxisversuche. Nachher Jodtinctur aufpinselungen und Wärme; Tumor ging zurück und ebenso die Hautröthung und Schmerzhaftigkeit. Menses normal und schmerzlos. Seit einem Monat stellten die Schmerzen sich wieder ein und Tumor wuchs beständig, Abends die Haut darüber geröthet.	Eltern und Geschwister gesund und leben noch. Will vor 3 Jahren an Chlorose gelitten haben.	30. November 1876. Patientin ist anämisch, mager, sonst ziemlich kräftig gebaut; hat eine nussgrosse Struma mediana. Puls leicht unterdrückbar, nicht besonders klein. Unter der Aorta systolisches Blasen. In der rechten Leiste ein doppeltfaustgrosser Tumor, welcher von der Mitte der Symphyse bis 2 Querfinger von der Spina. extern. sich in der Quere ausdehnt, nach Oben in der Höhe des Lig. Poupart. aufhört und nach unten bis in's untere Ende der Reg. inguin. sich erstreckt. Tumor kuglich, zeigt verschiedene unregelmässige Höker; Haut hat eine blau-grünliche Verfärbung, ist nicht leicht verschieblich und überall in Falten abhebbar. Neben dem Tumor dilatirte Venen. Tumor sitzt mit einer etwas schmalen Basis in der Gegend des Schenkelkanals resp. foramen ovale den unterliegenden Theilen fest auf, nach abwärts schickt er eine derbe zapfenförmige Verlängerung. Nach innen und oben findet sich ein in der Haut liegendes mit dem Haupttumor nicht zusammenhängendes bohnengrosses Knötchen. Nach aufwärts in die fossa iliaca hinein schikt die Geschwulst, wenigstens bis in die Tiefe von 6 ctm. 2 glatte derbe Fortsätze, die vom Lig. Poupart. wie eingeschnürt sind, an der Basis völlig unbeweglich. Tumor in toto ist von fester Consistenz; die stärker hervorragenden Höker noch von festerer Consistenz als der Haupttumor. Bimanuelle Untersuchung ergibt: Uterus in normaler Anteflexion. Am rechten Beckenrand fühlt man deutlich in ziemlicher Tiefe und rückwärts den medialen, früher erwähnten Fortsatz, in Form eines länglichen Wulstes, der den Beckenrand überragt und daselbst fest aufsitzt. An der Stelle, analog, wo die Geschwulst aufsitzt, befindet sich eine ziemlich derbe unregelmässige Drüse von Haselnussgrösse. Den 11. April Auftreten von Schmerzen bei der Respiration oberhalb der rechten Mamma; Auftreten von Metastasen in Form eines flachen, hühnereigrossen Tumor in IV. Rippe; nach innen von der Mammillarlinie; Haut verschieblich über Mamma und Tumor; schmerzhaft auf Druck bei tiefer Inspiration. Im Juni 1877 Metastasen an der Verbindungsstelle von Manubrium mit Corpus Stern. nach links in der Mittellinie: Pflaumengrosser harter Knoten in der linken Mamma. Gangrän der zapfenförmigen, schwärzlich-verfärbten Fortsätze; hohes Fieber 39,0; Lungen normal; Collaps 15. II.	Lymphosarkoma inguinal. dextr.		Inoperabel. Sectionsbefund. Vide pag. 29.



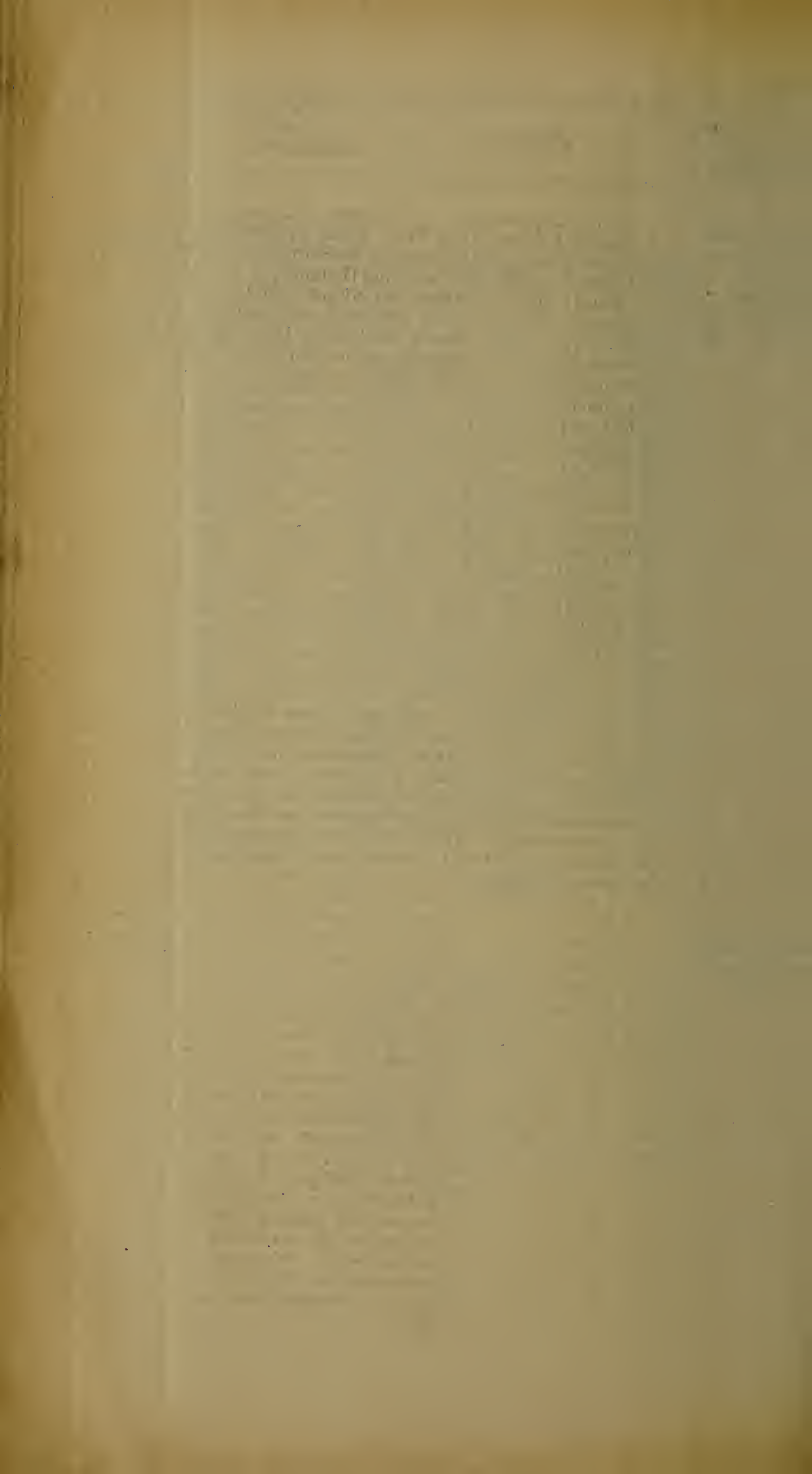
№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
11.	Arn Johann von Bürtigen, Courtelary. 49 Jahre alt. 4. Dezbr. 1876.	Im März dieses Jahres bildete sich ohne Ursache an der linken Halsseite in der Höhe des Kehlkopfs eine etwa kindsfaustgrosse diffuse Schwellung. Haut über derselben wenig geröthet und in Falten abhebbar; auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos weder auf Druck, noch spontan. Wachsthum allmählig. Im Mai war der Tumor etwa handtellergross. Im September reichte die Geschwulst bis zum horizontalen Kieferast und hat sich nach unten und hinten etwas vergrössert. Auf eine Punktion mit einer Aspirationsspritze entleerte sich Nichts. Tumor wuchs ohne Beschwerden zu machen.		9. Dezember 1876. Patient ist mässig kräftig, anämisch, Puls eher klein. Die linke Halsseite ist von einem collossalen stark kindskopfgrossen Tumor eingenommen, welche die fossa retromaxillaris ausfüllend, das Ohrläppchen emporhebt und den Kieferwinkel bedeckt; abwärts bis zur Clavicula reicht und die fossa supraclavicul. ausfüllt. Medianwärts tritt sie an den Larynx und Trachea heran, welche sie um circa 3 ctm. nach rechts verschoben hat. Nach rückwärts erstreckt sich der Tumor bis zum Rande des M. cucullaris, circa 6 ctm. vom Dornfortsatz aus. Tumor hat eine mässig derbe Consistenz, eine im Ganzen flachkugelige Oberfläche mit einzelnen Einschneid ngen, zum Theil von Venen herrührend. Einzelne von der Oberfläche sich erhebende Höker zeigen eine pralle Consistenz, nirgends ein kleiner Knoten vom Haupttumor isolirbar. Auf der höchsten Höhe, besonders vom Ohre abwärts, zeigt die Haut eine diffuse bläuliche Röthung, ist hier noch in kleinen Falten abhebbar, doch weniger verschieblich, als die Spannung es erlauben würde. Oedem und Infiltration nirgends; auf Druck völlig unempfindlich. Der Sternocleido lässt sich von Unten bis zur Mitte der Geschwulst unter dem Finger hin und herrollen, Aufwärts verschwindet er im Tumor. Der vordere Gaumen steht links tiefer als rechts und ebenso ist die linke Pharynxwand etwas vorgewölbt, ohne jedoch einen Tumor zu fühlen. Gaumen bläulich-roth und etwas verdickt. Ausser in beiden Leisten, wo unregelmässige, derbe, von einander deutlich getrennte knötchenförmige Anschwellungen vorhanden sind, am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen. Milz nicht vergrössert. Brust und Bauch normal. Keine Schling- und Respirationsbeschwerden.	Lymphosarkoma colli sinistr.	Den 26. Dezember wurde bei diesem Patient die Electrolyse mit 15 Elementen versucht und zwar mit Einsätzen von 6 Nadeln in die Geschwulst. Sitzung dauerte 15 Minuten mit 5 minütl. Aenderung der Stromesrichtung. Diese Sitzungen wurden bis zum 15. Jan. 1877 fortgesetzt; das Resultat dieser 20 Sitzungen mit Galvanopunctur war: eine ziemliche Einziehung an der Oberfläche und auch eine ziemliche Erweichung an einigen Stellen mit Pseudofluctuation; nirgends auf Druck empfindlich; keine Hautentzündung. Seit dem 15. Jan. wurden bis zum 24. Jan. 16 Injectionen von 2,0 Pepsin in 5 % saurer Lösung gemacht. Seit dem 24. Jan. ist Patient sehr druckempfindlich Haut über dem Tumor geröthet. Vermehrte Schmerzen im Tumor, die nach dem rechten Ohr ausstrahlen. Fieber 40,0; dauert bis 29. Jan., wo Patient collabirt. Haut über Tumor geröthet, darüber eine mit hellem Serum gefüllte Blase (Gangrän). Sectionsbefund. Vide pag. 30.
12.	Müller Samuel, Landwirth bei Morgenthal. 49 Jahre alt. 8. October 1877.	Vor mehr als einem Jahre bemerkte Patient in der linken Leiste zufällig einige kleine Knötchen unter der Haut und auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos; nur beim Bücken etwas schmerzhaft. Diese Knötchen wuchsen allmälig und schmolzen zu einem platten, fast kindsfaustgrossen Tumor zusammen. Auf Einreiben von Coniinsalben soll er sich verkleinert haben. Anfangs Winter bemerkte Patient auch einen nussgrossen Knoten über dem Lig. Poupart. gegen die Mittellinie zu, der keine weitere Symptome setzte. Von Neujahr an hatte Patient Schmerzen im linken Bein, von der Leiste bis zum Fuss, besonders auf der Streckseite der Extremität; auf Einreiben gingen auch diese zurück und auch beim Bücken. Seit kaum einem Monat beginnen in der rechten Leiste ähnliche Knötchen sich zu entwickeln wie links, auch symptomlos. Den ganzen Winter empfand Patient Schmerzen in der linken Schulter bis zur Hand ausstrahlend. Sonst gesund, etwas Hypochonder.	Patient bestand 1875 die Blattern und Typhus. Seit Anfangs des 60. Jahres eine linkseitige Inguinalhernie.	14. Februar. (Klinische Vorstellung). Patient hat einen kräftigen Körperbau, gut genährt, etwas blass, keine nachweisbare Erkrankung innerer Organe. Milz nicht vergrössert. In der linken Leiste, nicht ganz bis zum Lig. Poupart. hinaufreichend, so ziemlich mitten auf dem Gefässbündel sitzend, befindet sich ein halbkugelicher, fast gänseeigrosser Tumor von sehr derber Consistenz (ähnlich Knorpel), leicht verschieblich in der queren, fast ganz adhärent in der Längsrichtung der Extremität. In den untern Parthien leicht in toto von der Unterlage abhebbar. Die Haut darüber vollkommen verschieblich, nicht verwachsen. Oberfläche des Tumor's leicht hökrig; zeigt nach Aussen und Oben einen derben, nach Oben nicht ganz genau zu begrenzenden Fortsatz und sitzt mit diesem der Unterlage fest auf. Nach innen und oben sitzen dem Tumor 2 kirschgrosse derbe runde Knoten auf, gegen ihn verschieblich, aber von ihm nicht abhebbar. Unter Letzterm in der Tiefe eine Resistenz fühlbar, ähnlich dem beschriebenen Fortsatz. Gegen das Tuberculum pubis liegt eine bewegliche, doppelt kirschgrosse Drüse, verschieblich; ferner nach Aussen drei, gerade unter dem Lig. Poupart. 5 kirschgrosse runde bewegliche Drüsen von der Consistenz des Haupttumor's. Im kleinen Becken, vom Pecten pubis gegen die Blase hin ein ähnlicher hühnereigrosser Tumor von derselben Consistenz, nach der Mittellinie und der Tiefe hin, nicht aber gegen das Darmbein verschieblich. Derselbe Tumor ist bei combinirter Untersuchung per rectum oben noch zu erreichen und als leicht beweglich zu fühlen. Von Seite der Blase keine Störungen. In der Fossa iliaca intern. sind den Gefässen entlang mehrere kleine derbe Drüsen zu sehen. Palpation, aller dieser Tumoren verursacht keine Schmerzen. Symmetrisch bestehen in der rechten Leiste einige, haselnussgrosse derbe Drüsenschwellungen ohne weitere Symptome; ferner je eine kleine Drüse in den beiden Achselhöhlen in der Gegend der hintern Achselfalte. Weisse Blutkörperchen nicht sichtlich vermehrt.	Lymphosarkoma inguinale sinistr. (harte Form).	Den 24. Februar unter Lokalanästhesie und Spray wird eine Explorativexcision einer Drüse behufs genauer Untersuchung gemacht. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Drüse markig geschwellt mit einzelnen gelblichen Heerden. Vide pag. 24. Bericht von Prof. Langhans. Den 24. Entlassen als inoperabel.



№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
14.	Hauri Carolina von Seon (Aargau.) 20½ Jahre alt. 5. Januar 1880.	Patientin war immer etwas blass, dabei ziemlich fett und ganz gesund bis zum Monat Mai 1878. Damals bemerkte sie zufällig in der rechten Fossa supraclavicular. ein etwa nussgrosses hartes bewegliches Knötchen; Haut damit nicht verwachsen; ohne Ursache entstanden; hatte später Rückenschmerzen. Unwohlsein. Bedeutendes Wachsthum im Sommer; war im Herbst 1878 eigross trotz Application von Jodtinctur. Im Herbste 1878 Auftreten von mehreren haselnussgrossen Knötchen in der Umgebung des Tumor's, beweglich und vom Tumor isolirbar. Allgemeinbefinden gestört; keinen Appetit; keine Lust zur Arbeit. Im Winter 1878—79 wuchs der Tumor; die einzelnen Knötchen verschmolzen mit dem Haupttumor in eine Masse. Ende 1878 ähnliche Knoten, die ein langsames Wachsthum zeigten, über der linken Clavicula. Im Dezember 1878 in der Tiefe der rechten Axilla ein haselnussgrosses Knötchen fühlbar; schmerzlos wie die übrigen Tumoren; wuchs jedoch rapid innerhalb einem halben Jahre zur jetzigen Grösse heran; damit entstanden im Thorax und Arm Venectasien. Seit 2 Monaten ausstrahlende Schmerzen im rechten Arm bis zum Handgelenk. Wachsthum der Knoten am Halse während dem Jahre 1879; zugleich entstand ein ähnliches Knötchen in der linken Axilla. Dabei continuirliche Kräfteabnahme, Abmagernng, profuse Schweisse, Cessiren der Menses seit Herbst 1878. Seit 1 Jahre Husten mit seltenem Auswurf. Kann nicht angeben, wann der Tumor im Abdomen entstanden, hatte darin nie Schmerzen; erst seit 3 Monaten unbestimmte Beschwerden darin, namentlich nach dem Essen; Stuhl meistens retardirt; seit 8 Tagen Diarrhoe.	Vater und Mutter gesund. Hereditär Nichts.	17. Januar 1880. Blasses, hochgradig abgemagertes Mädchen; schwacher, jedoch regulärer Puls. Kyphoskoliose der untern Brust- und obern Lendenwirbelsäule. Linke Scapula hochstehend; medialer Rand vom Körper abstehend. Bewegungen von Arm und Schulterblatt frei. Thorax unter der linken Clavicula eingesunken. Percussion und Auscultation der Lungen — einzelne Rhonchi ausgenommen — normal; ebenso Herztöne rein. Auf der rechten Halsseite ein kindskopfgrosser Tumor vom Cucullarisrand bis zur vordern Medianlinie reichend; mit einem handbreiten, glatten Geschwulststrang in einen noch grössern analogen Tumor in der rechten Axilla übergehend; Haut nirgends adhärent, von ektatischen Venen durchzogen. Oberfläche unregelmässig und grobknollig; Consistenz prall bis derb-elastisch; letzterer auf der Unterlage beweglich, soweit die Grösse nicht hindert. Vom obern Tumor geht ein dicker unregelmässiger Zapfen aufwärts bis zum Kieferwinkel. Im Nacken eben solche haselnussgrosse Knoten, eine grössere Unabhängigkeit vom Haupttumor zeigend. Ein kleiner Zapfen füllt das Jugulum aus; Larynx bis in die Senkrechte des linken Mundwinkels verschoben. Ueber der linken Clavicula ein haselnussgrosses Paket von derben prall-elastischen zusammenhängenden Drüsenknollen; seitlich verschiebbar. Eine wallnussgrosse Drüse, leicht beweglich, in der linken Axilla; eine haselnussgrosse am rechten Lig. Poupart. in der Fossa iliaca intern. Milz vergrössert, knollig. Der untere Rand runzlich und derb; nicht Druckempfindlich. Ebensowenig die übrigen Tumoren. Rechter und linker Gaumenbogen stark nach der Medianlinie verschoben. Leber nicht fühlbar. Im Urin kein Einweiss. Augenhintergrund normal. Rechts sehr starker Venenpuls auf der Papille. Mikroscopische Blutuntersuchung ergibt keine erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen; die rothen zeigen keine abnormen Formen.	Lymphomata maligna colli. (Pseudoleukaemie Milztumor. Störung des Allgemeinbefindens)	Arsenikkur. Solut. Fowler. 6—40 gutt. p. die. und subcutane Injectionen in die Geschwulst: 3 mal 1 bis 5 gutt. Patient leidet bis 20. Januar an Diarhoe. Arsenikkur wird fortgefahren. Erträgt die Injectionen gut (täglich 3) von 20 bis 26. Seit 26. Januar Abends Fieber (39,0). Den 27. Januar stirbt Patientin, nachdem sie delirirte und Brechreiz sich eingestellt hatte. Sektionsbefund. Den 28. Januar 1880. Vide pag. 26.
15.	Alchenberger Friedrich von Summiswald (Bern). 10 Jahre alt. 16. April 1880.	Patient war, eine Quetschung des rechten Fusses ausgenommen, gesund bis in sein 6. Jahr, wo er sich durch Sturz in ein Brunnenbassin Halsweh zuzog. Auf eine Erkältung hin bei seinem ersten Ausgang wurde er unwohl; Schüttelfrost stellte sich ein und eine diffuse Schwellung der linken Halsseite und Unterkiefergegend zeigte sich, die unter Application einer Salbe wieder verschwand. Einige Monate später, als der Knabe wieder gesund war und die Schule besuchte, trat ohne bekannte Ursache die Schwellung wieder auf, erst links, dann rechts und wuchs stetig trotz innerlicher und äusserlicher Medication. Seit 6 Monaten änderte sich das Allgemeinbefinden; die Drüsenschwellungen wuchsen rapider; Abmagerung und Schmerzen in den Drüsen bei Berührung stellten sich ein. Hie und da Leibschmerzen, zeitweise Nasenbluten, leichte Dispnoe, Nachts Fieber und Aenderung in seiner Gemüthsstimmung. Vor 6 Wochen Icterus. Seit dem 4. April beobachteten die Eltern Schwellung des Abdomens und Scrotum's. Schmerzen in letzterm bei der leisesten Berührung.	Vater und Mutter gesund. Grossmutter väterlicherseits starb an Phthisis. drei Geschwister; das jüngste davon leidet an häufigen gastrischen Störungen. Keine Drüsenschwellungen	Patient ist ein grazil gebauter magerer Knabe von blassem, durchscheinenden Aussehen. Schleimhäute blass. Conjunctiven tiefgelb. Zunge mässig weiss, belegt. Die Seitentheile des Halses zeigen links mehr wie rechts eine unebene grobhökerige Configuration. Links sieht man am hintern Rande des M. Sternocleido mastoid. einen untern eigrossen und einen obern kleinern bis zum Kieferwinkel reichenden Tumor; rechts fühlt man in der Fossa supraclavicularis einen wallnussgrossen Tumor von weicher elastischer Consistenz. Oberfläche derselben uneben, Haut darüber verschieblich und unverändert. Ueber den Lungen überall Pfeifen und Schnurren; rechts hinten relative Dämpfung und Bronchialathmen. Tumoren am Halse verursachen beim Athmen Stridor. In der Fossa supraclavicularis dextr. vesiculäres Inspirium; keuchendes Exspirium; Fossa infraspinat.: bronchiales Athmen. Abdomen zeigt in den abhängigen Parthien gedämpften Percussionston, der in der Mittellinie 2 Querfinger über den Nabel reicht, von hier im Bogen nach den Seiten geht. In der Seitenlage Aenderung der Dämpfungszone. Hochgradiger Ascites. Leber und Milz bedeutend vergrössert, schmerzhaft auf Druck. Urin ohne Eiweiss, spärlich. Stuhl retardirt. Rachen intact. Mikroscopische Blutuntersuchung ergibt keine wesentliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen.	Lymphomata maligna colli. (Pseudoleukaemie Milztumor.)	Solut. Fowler. 3 mal 3 gutt. täglich. Ascites nimmt zu; Fieber vom 15.—22. Juni — 38,4 bis 39,8 Fieber — Ophthalmoskopischer Befund: Exquisite Stauungspapille, weite Gefässe, die Papille roth gequollen. Starker exspiratorischer Stridor. Punctio abdominis 6 ctm. unter dem Nabel und etwas rechts Entleerung von 2280 cctm. klaren, gelben Serum's. Bauchumfang vor der Punktion 82 ctm., nach derselben 71 ctm. Patient fühlt bedeutende Erleichterung. Entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.



№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
16.	Furrer Ottilia von Meiringen (Bern). Modistin. 35 Jahre alt. 10. Aug. 1882.	13. Juli 1882. Patientin ist eine wohlgenährte, aber anämische Frau. Ueber der rechten Clavicula eine bewegliche längliche Geschwulst von 6 ctm. Breite und 10 ctm. Länge. Haut über derselben infiltrirt, geröthet; 2 Perforationsstellen von unregelmässiger Form; Oeffnung ziemlich scharfrandig; Ränder nicht unterminirt; entleeren eine gelb trübe, etwas schleimige Flüssigkeit mit gelben Flocken; derbe Consistenz der Wundränder. Von diesem Tumor durch eine Furche getrennt, findet sich oben ein aus harten unregelmässigen Knollen bestehendes Drüsenpaket und weiter aufwärts am Sternocleido rundliche, derb-elastische Drüsenknoten. Unter dem rechten Arm findet sich ein grosses Paket, zum Theil ganz von einander getrennter, jedoch verschieblicher Drüsen, hart, von unregelmässiger Form. Ein taubeneigrosser Knollen in der linken Axilla; ferner im obern Theil des linken Sternocleido und im Jugulum mehrere kleinere Drüsen. Rechte Brust etwas infiltrirt. Percussion der Lungen ergibt vorne rechts eine leichte Dämpfung. Auscultation: Fossa supraclavicul. sinistr.: scharfes Inspirium, gemischtes Exspir. Fossa infra. clavicul.: scharfes In- und Exspirium, mehr nach unten gemischtes Inspirium, nach Aussen rechts vesiculäres Athmen und saccadirtes Inspirium. Rechts die gleichen auscultat. Verhältnisse. Hinten keine merkbare Schalldifferenz zwischen beiden Seiten. Auscultation in den obern Parthien rauhes Inspirium, in den untern schnaubende Respiration und hie und da feinblasiges feuchtes Rasseln. I. Pulmonal und II. Herzton etwas verstärkt. Urin trüb, eine Spur Eiweiss. Mikroskopisch besteht der Niederschlag aus Blasenepithel. Uterus normal. Milz nicht vergrössert. Blutkörperchenzählung ergiebt keine Vermehrung der weissen Blutzellen.	Vater starb an Hernia incarcerata. Mutter 75 Jahre alt, lebt noch; gesund. Keine Phthisis in der Familie.	A. Bis in ihr 8. Jahr war Patientin immer kränklich; dann bis zum 20. Jahre gesund. Seit 18 Jahren menstruirt, zuerst alle 14 Tage, dann 3 wöchentlich, regelmässig. Im 22. Jahre Chlorose, die durch Chinawein gehoben wurde. Im Frühling 1880 bemerkte Patientin in der rechten Supraclavicular-Grube einen nussgrossen, ovalen, indolenten, mit der Haut nicht verwachsenen Tumor. Arzt ordinirte Leberthran. Im Laufe des Jahres machte der Tumor keine bedeutende Fortschritte im Wachsthum. 1 Jahr nach Auftreten des Tumor's befiel Patientin Husten mit Auswurf grauer runder (geballter) Sputa; nahm Chinawein und machte in Weissenburg eine 3 wöchentliche Cur. Seit dieser Zeit datirt sie das Wachsthum des Tumor's und das Auftreten eines zweiten ähnlichen Tumor's in der Nähe des Erstern. Zu gleicher Zeit bildete sich eine Geschwulst in der rechten Axilla, die schmerzhaft war bei jeder Bewegung des rechten Armes. Husten dauert fort, Appetit schlecht und Abnahme der Kräfte stellte sich ein. Seit Neujahr 1882 klagte sie über neuralgische Schmerzen im Bereich des Trigeminus; wurde dyspnoetisch, hat Husten ohne Auswurf, ermüdet leicht. Bedeutende Zunahme im Wachsthum der Tumoren. Frische Tumoren in der rechten Halsseite hinter dem M. Sternocleido. Seit dem 15. Januar bettlägerig; Ende Juni Injection von Solut. Fowler. in die Tumoren, jedoch ohne Erfolg. Den 6. Juli bekam sie nach einer Injection Fieber; Tumor wurde schmerzhaft, Haut geröthet und es entleerte sich Eiter und Blut. Wurde behufs Operation in die „Insel" geschickt.	Lymphomata maligna colli. (harte Form).	Solut. Fowler. innerlich täglich 2 Tropfen; alle 2 Tage um 2 Tropfen zu steigen. Den 24. Juli Explorativexcision einer Drüse unter Wismuthirrigation. Durchschnitt der Drüse ergibt das typische Bild eines malignen Lymphom's. Wundverlauf normal. Patient wurde den 2. August entlassen.
	Wiedereintritt den 14. October 1882.			B. Den 14. October 1882. Abends 7 Uhr wurde Patientin in einem Anfalle von in- nnd exspirator- Asthma aufgenommen. Puls frequent, 121, klein; Gesicht im höchsten Stadium cyanotisch, Orthopnoe, verdreht die Augen, doch bei gutem Sensorium. Seit 8 Tagen habe sie solche von Anfälle gehabt. Hustet fortwährend. Gegen die Anfälle Kal. bromat. Um 10¼ Uhr den 15. Oktober bekam sie wieder einen Anfall, wurde asphyktisch; Einleitung von künstlicher Athmung; Tracheotomie, jedoch ohne Wirkung. Gesicht cyanotisch, Puls klein, unregelmässig und frequent, über 150 Schläge. Exitus letalis, 14. Oktober 1882. 7 Uhr Abends.		Sectionsbericht 16. Oktober 1882. Vide pag. 27.



№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
17.	Juillerat Jules, Knecht von Rebevilier in Pruntrut. 23 Jahre alt. 11. Januar 1883.	Patient war in seiner ganzen Jugend gesund. Im Oktober 1881 fiel Patient von einem Omnibus, luxirte die Hand und bekam eine Wunde an der rechten Wange, unterhalb des äussern Augenwinkels. Schmerzen waren intensiv und nach 3 Wochen die Wunde geheilt. Im August 1882 merkte Patient auf der äussern rechten Halsseite eine nussgrosse Geschwulst, beim Berühren schmerzhaft, spontan keine Schmerzen. Bewegungen des Halses frei; Haut über dem Tumor leicht verschieblich, ohne dass die Geschwulst sich mitbewegte; Haut nicht verfärbt. Tumor von ziemlich fester Consistenz; ziemlich schwer beweglich und fest auf der Unterlage aufsitzend. Im September machte Patient einen 3 wöchentlichen Militärdienst; fühlte damals spontane Schmerzen im ganzen Kopfe, die in den letzten 3 Tagen continuirlich auftraten. Schmerzen im Tumor nur bei Kopfbewegungen. Wachsthum langsam. Im Oktober wieder Kopfschmerzen und im Tumor bei Bewegungen des Kopfes. Vom November an continuirliche Kopfschmerzen, besonders beim Liegen. Ende Oktober hatte die Geschwulst die jetzige Grösse und Härte erreicht; Kopfschmerzen beinahe beständig; dabei langsames Wachsthum der Geschwulst nach dem Ohre hin. Ende November Schmerzen in der rechten Fossa supraclavicul. beim Heben des rechten Armes zur Horizontalen. Im Dezember Geschwulst schmerzhafter auf Druck und Schmerzen im rechten Unterkiefergelenke, beim Oeffnen des Mundes. Keine Schluck- und Athmungsbeschwerden.	Vater an Phthise gestorben; der Bruder ebenfalls.	19. Januar 1883. Kräftiger junger Mann mit wohlgebildetem Thorax. In beiden Leisten und beiden Axillae multiple, kleine derb-elastische Drüsenschwellungen. Dicht oberhalb des Schlüsselbeins keine Drüsen. Links dagegen hinter dem Sternocleido, im oberen Mittel des Sternoclaviculardreieks eine kleine haselnussgrosse derbe Geschwulst, mit dem obern Ende bis zum Process mastoid. hinaufreichend, unten und besonders hinter der obern Hälfte des rechten Sternocleido eine eiförmige und eigrosse derbe Geschwulst, die dicht hinter dem Kieferwinkel vorbeigeht. Sie sitzt unter der Haut und ist mit den untern Schichten derselben etwas verwachsen; gegen den lateralen Theil der Wirbelsäule ist der Tumor nicht verschieblich. Beim Schlucken verändert er seine Stelle nicht. Oberfläche im Ganzen glatt; Consistenz derb; Druckempfindlichkeit besonders in der untern Hälfte. Carotis normal, nach vorne innen. Der untere Theil des Sternocleido scheint sich im Tumor zu verlieren. Vom untern Theil des Tumor's erstrecken sich 2 derbe Bindegewebsstränge gegen den äussern und den innern Drittel der Clavicula; im erstern findet sich nahe der Geschwulst eine derbe haselnussgrose Lymphdrüse. Sonst keine Nacken- und Cubitaldrüsen zu fühlen.	Typisches Lymphosarkoma colli dextr.	29. Januar. Excision. Unterbindung der Vena. jugul. extern.; theilweise Ausschneidung des Sternocleido. Wundverlauf normal und Heilung per primam. Patient wurde mit Mitgabe von Liq. Arsen. Fowler. (2—3 gutt pro die.) entlassen und waren ausser der kleinen Drüse linkerseits keine Metastasen nachzuweisen. Weiteres bis jetzt nicht bekannt.
18.	Spicher Rosa (Fr. Priggé-Spicher) von Köniz bei Bern. Fälzerin. 19 Jahre alt.	Patientin stammt aus gesunder Familie, als Kind stets gesund, mit dem 15 Jahre menstruirt. Patientin will unter dem rechten Unterkiefer 2 Drüsen gehabt haben, die jetzt nicht mehr zu constatiren sind. Die linkseitige Geschwulst am Halse datirt vor 5 Monaten; war haselnussgross und unter der Haut beweglich; wurde langsam grösser, blieb jedoch beweglich bis vor 3—4 Wochen, war bis zu dieser Zeit schmerzlos. Seit der Tumor mit der Umgebung Verwachsungen einging, war selber schmerzhaft, besonders in der Nacht. Schmerzen lancinirend. Keine Athmungs-, Schluck- oder Ohrbeschwerden. Auf Punktion entleerte sich ein dicker Eiter (?). Seit 5 Monaten nicht mehr menstruirt, sonst gesund, nicht abgemagert.		3. November 1883. Auf der linken Halsseite eine mehr als faustgrosse Geschwulst. Der Tumor reicht bis zur Höhe des Unterkiefers; nicht beweglich auf seiner Unterlage; bloss gegen oben und unten etwas verschieblich. Schluck-, Athmungs- und Ohrbeschwerden keine. Kein Zusammenhang mit der Carotis. Haut über dem Tumor leicht bläulich geröthet, ist nicht faltbar. M. Sternocleido in der Geschwulst verwachsen. Keine Hervorwölbung des Tumor's im Munde. Consistenz derb. Brust- und Bauchorgane normal. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lymphosarkoma colli dextr. I. Recidiv II. „	Excision 5. November 1883 unter Ligatur der Carotis interna, Vena jugul. intern.; Durchschneidung des N. facialis (unterer Ast) anscheinend sehr sauber herauspräperirt. Läsion des N. Hypoglossus, des N. accessorius und untern Facialisastes. Den 20. Juni 1884 Excision eines I. Recidives am linken Halse in der frühern Excisionswunde. Innerlich Solut. Fowler. Behandlung ambulatorisch. Wundverlauf normal. Linkseitige Paralyse des untern Facialisastes. Zunge deviirt nach links; auffallende Schrumpfung der linken Zungenhälfte. Linke Schulter wird nicht so stark gehoben, wie die rechte. Stimme klar, kein Husten mehr, Laryngoskopisch. Befund ergibt: dass sich die Stimmbänder genau an einander anlegen. Den 22. November 1883 entlassen. Den 23. Februar 1884 Eröffnung eines Abscesses der linken Mamma. Normaler Wundverlauf. Entlassen den 28. Februar 1884. Den 7. September gebar sie einen gesunden kräftigen Knaben. II. Recidiv. Auftreten von Recidivknoten in der Gegend des linken Parotis und ausserhalb des untern Mundwinkels; leichte Athembeschwerden, Weiteres nicht bekannt. Entlassen den 10. Juli 1884. Patientin starb im August 1884 an Blutungen im Spital.

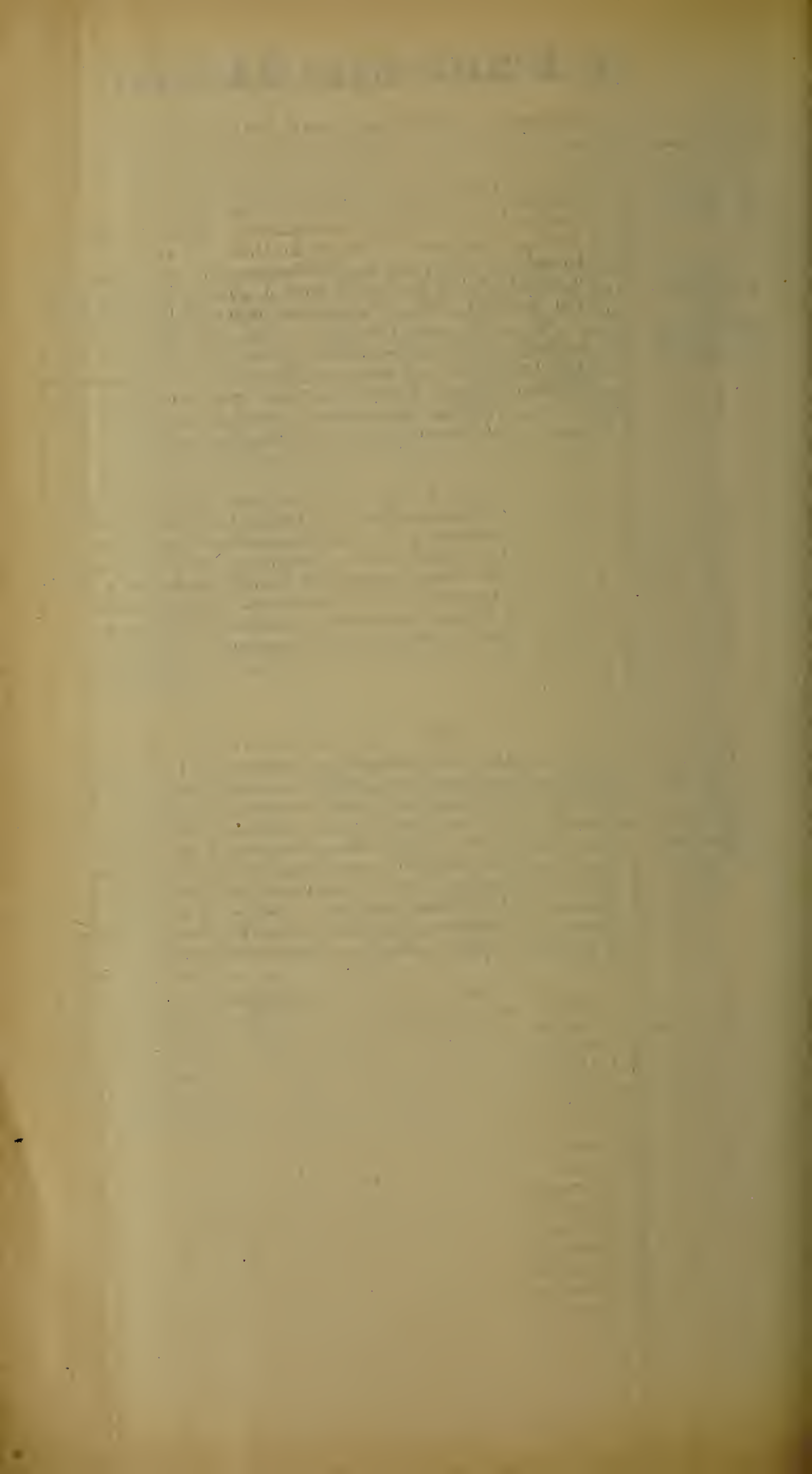


№	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
[illegible]	Messerli Anna Elisa von und zu Seftigen. Magd. 30 Jahre alt. 26. März 1884.	Patientin war mit 19 Jahren menstruirt, regelmässig, 4 wöchentlich, schwach, 3 Tage dauernd. Hatte früher einen Bandwurm, der nach einigen Curen abgetrieben wurde; litt später an Erbrechen, Magenschmerzen, Kurzathmigkeit; später Husten und Auswurf von eitrigen Sputis; fühlte Schmerzen auf der linken Seite, die bis zur linken Achselhöhle ausstrahlten. Im November 1883 fühlte sie einen ovalen, harten, leicht verschieblichen Tumor über der Grenze zwischen vorderm und mittlerm Drittel der Clavicula links; der beständig unter Kataplasmen wuchs. Seit 3 Wochen exacerbirten die Schmerzen wieder, ebenso rechts, klagt über Schlaf- und Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Geschwulst.	Vater starb an Typhus, Mutter lebt noch und ist gesund. Zwei Geschwister sind ganz jung gestorben; fünf andere leben noch und sind gesund.	29. März 1884. Hökrige Geschwulst über der linken Clavicula. Hervorwölkung und Pulsiren der linken obern Thoraxseite. Dämpfung des Percussionsschalles in der ganzen Ausdehnung der linken Thoraxhälfte. Geringe Fieberbewegung. Keine Compressionserscheinungen, ganz abgesehen von der linken Lunge. Parese des linken Recurrens. Abductionsparese des linken Stimmbandes, jedoch ohne Heiserkeit. Geringe Schluckstörungen. Die Sonde geht mit Schwierigkeit in den Oesophagus.	Lymphosarkoma colli sinistr. et mediastin. Multiple derbe unregelmässige knollige, z. Th. zusammenhängende Tumoren über dem linken Clavicula; gegen Clavicula adhärent und ausgedehnte Mediastinaltumoren.	Entlassen den 19. Mai 1884. Inoperabel.
[illegible]	Kaufmann Joseph von Escholzmatt. 7 Jahre alt. 25. April 1884.	Patient will immer gesund gewesen sein. Vor 1 Jahr bestand der Knabe Scarlatina und zu gleicher Zeit eine Parotitis. Nachdem diese geheilt war, merkte der Knabe eine erbsengrosse Geschwulst unterhalb dem rechten Ohre am Halse, leicht beweglich, stetig ohne Beschwerden wachsend. In letzter Zeit schnelleres Wachthum. Keine Schluck- und Athembeschwerden. Haut abhebbar über dem Tumor. Trachea und Larynx nach links verschoben; keine Struma; nirgends Drüsenschwellungen.	Vater und Mutter gesund, sowie sieben Geschwister.	Knabe von kräftig entwickeltem Körperbau; gutes Aussehen. Im Rachen die rechte Mandel etwas vorgewölbt, aber nicht vergrössert. Am Halse rechts ein gewaltiger Tumor; Haut nicht adhärent, an einigen Stellen weniger faltbar, als normal. Einige Venectasien. Tumor besteht aus kleinern und grössern Knollen, von weich-derb-elastischer Consistenz; erstreckt sich vom Ohrläppchen und Proc. mastoid. bis zur Clavicula fast in der ganzen Breite; nach vorwärts bis zur Trachea und zum grossen Zungenbeinhorn; nach rückwärts bis zum Cucullarisrand 3 ctm. von der Medianlinie; die kleinern Knollen von weich-elastischer, die grössern von derb-elastischer Consistenz. Auf Druck nicht schmerzhaft; einzelne Knollen gegeneinander verschieblich. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen. Milz und Leber nicht vergrössert. Abdomen weich. Larynx nach links verschoben. Pulsation der Carotis nicht zu fühlen; Erscheinungen von Seite der Halsnerven nicht zu constatiren; keine Verwachsungen mit den benachbarten Organen vorhanden. Geschwulst in toto mobil auf der Unterlage. Weisse Blutkörperchen scheinen nicht vermehrt zu sein.	Lymphoma malignum multiplex der rechten Halsseite.	Excision 12. Juni 1884. Wundverlauf normal. Patient wird den 26. Juli entlassen. Bei seiner Entlassung wird ihm Solut. Fowler. mitgegeben. (3 mal täglich 3—10 Tropfen). Ob Recidiv — unbekannt.
[illegible]	Scheidegger Gottlieb von Hutwyl. 57 Jahre alt. 10. Juni 1884.	Nothfall. Patient war gesund bis Anfangs April dieses Jahres. Rechtseitige Leistenhernie; ohne Beschwerden. Anfangs April Schwellung des rechten Fusses bis zur Leiste; Schmerzen im Fusse. Seit 8 Tagen Schwellung des Scrotum's und Penis. Harnlassen erschwert; seit 4 Tagen nur tropfenweise. Urin dunkel, enthält Blutfarbstoff, trüb; viel Eiweiss, kein Zucker. Scrotum schmerzhaft; Stuhlgang retardirt. Im April 1874 hatte er eine schmerzhafte Schwellung in der rechten Leiste. Lymphangitis in Folge einer Excoriation am rechten Fusse war; wie aus den poliklinischen Berichten, wo Patient behandelt wurde, hervorgeht, das ätiologische Moment.		Patient sieht elend aus, Puls klein und regelmässig; Respiration norma. Abdomen nicht aufgetrieben; nicht schmerzhaft; auf der Brust nichts be-l sonderes. Blase bis 2 Finger unter den Nabel reichend. Zunge belegt. Scrotum sehr stark geschwollen, ödematös, Haut teigig. Haut des Penis ödematös. Druck auf Scrotalhaut schmerzhaft. Beide Hoden fühlbar. Rechtes Bein stark geschwollen in Auswärtsrotation. Haut in der Leistengegend blauroth verfärbt, an einer Stelle schwarz; dabei eine kleine ulcerirte Stelle; teigig, auf Fingerdruck bleibt der Eindruck lange bestehen; auf Druck sehr empfindlich, ebenso die eitrige ödematöse Haut des Beines und Fusses. Sehr starke spontane Schmerzen in beiden Füssen bis zur Leiste. Das linke Bein, welches früher nie geschwollen war, beginnt Oedem zu zeigen. Patient hat Normaltemperatur. In der linken Leiste unter dem Lig. Poupart. eine schmerzhafte Intumescenz, 2—3 Finger breit und etwa 10 ctm. lang, längs dem Lig. Poupart. Fussohlenreflex bedeutend gesteigert. Patient hat eine eigenthümliche Struma. Der rechte Thyreoidealappen zeigt einen stark nussgrossen Knoten von hökriger harter Oberfläche, stark verkalkt, bei Palpation knisternd; noch etwas verschieblich. Im linken Lappen 2 Knoten, ein nuss- und ein erbsengrosser, von derber Consistenz, beweglich. Im Jugulum ebenfalls ein taubeneigrosser Knoten, nicht gut fühlbar, weil sehr tief (Gôitre phongeant) und beim Schlucken sich hebend. Oberhalb derselben fühlt man Trachealringe. Kyphose der untern Hals- und obern Brustwirbel. Seit gestern linkes Bein stark und ebenso rechter Arm geschwollen.	Lymphomatosis diffusa. (post Lymphangit.)	Patient starb 21. Juni 1884. Section 21. Juni 1884. Vide pag. 32—36.

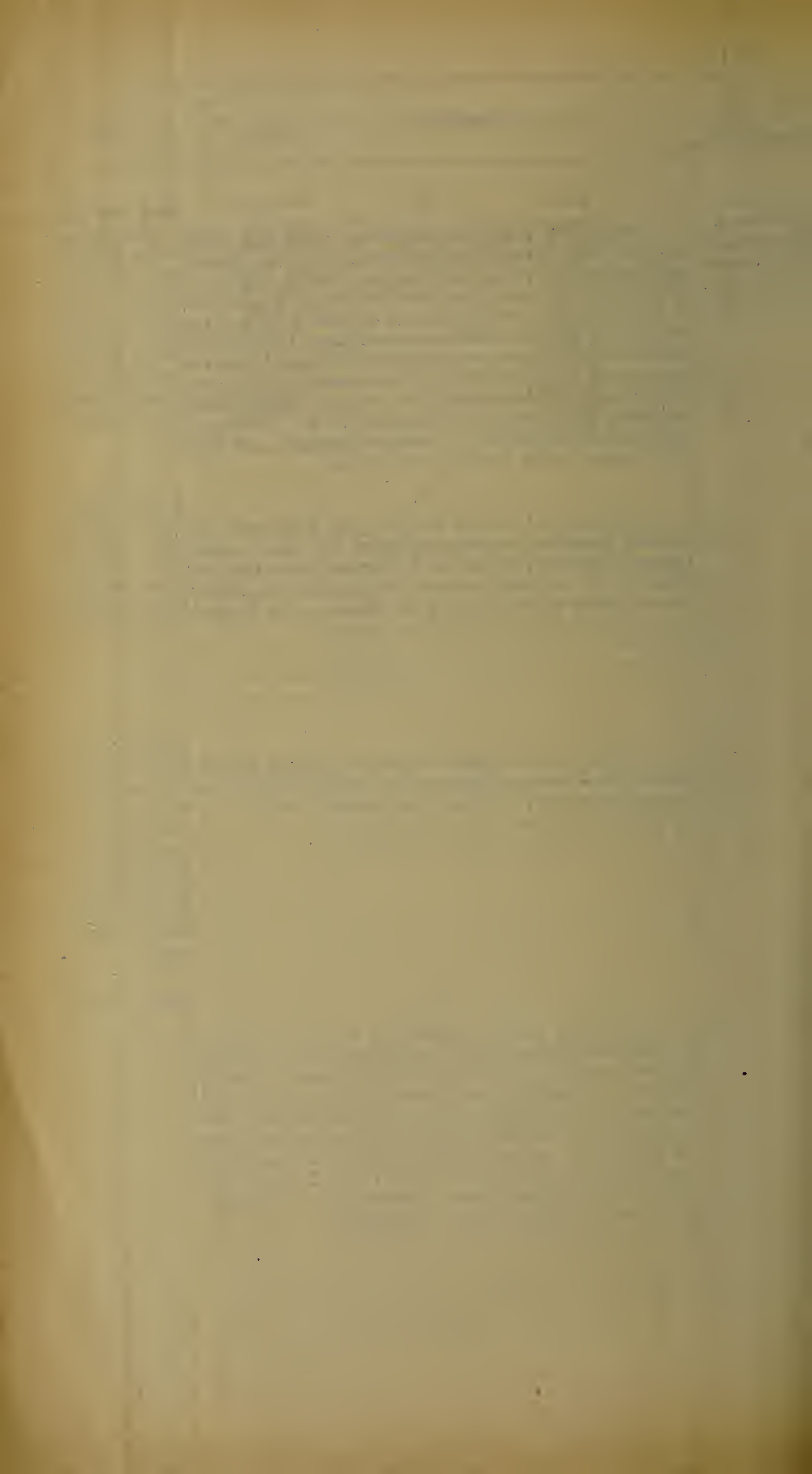
4 Fälle aus Herrn Professor Kocher's Privatklinik.

XI.

№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
22.	K. S. von Madiswyl. 39 Jahre alt. 2. Juni 1876.	Seit Neujahr 1876 will Patient unter der Mitte des rechten Unterkieferrandes einen „Knuppen" (Knoten) bemerkt haben; anfangs beweglich. Seit 4 Wochen begann der Tumor an zu wachsen; auch etwas schmerzhaft. Seit letzte Woche bedeutendes Wachsthum mit Schmerzhaftigkeit.	Vater des Patienten lebt noch, Mutter gestorben 71 Jahre alt; litt an Magenkrämpfen Zwei Geschwister hatten Drüsenschwellungen, die jedoch wieder verschwanden.	Tumor reicht nach vorne bis zur Mitte des rechten Unterkieferrandes; nach oben bis zum Process mastoid.; nach hinteu bis über den hintern Rand des Cucullaris; nach unten bis in die Höhe des Pomus Adami; in toto auf der Unterlage beweglich, von ziemlich glatter Oberfläche, mit wenig seichten Vertiefungen. Eine kleine prominirende Stelle auf dem Tumor ist schmerzempfindlich. Der übrige Tumor lässt sich ohne Schmerz palpiren. Tumor stülpt die Gegend der rechten Tonsille etwas nach innen. Der Unterkieferrand fühlt sich frei und lässt sich die Geschwulst von demselben weg nach Aussen schieben. Haut über dem Tumor faltbar, nicht geröthet. Drüsenschwellungen in der Umgebung nicht vorhanden; nur in der rechten Wange ist ein isolirtes Knötchen zu fühlen; leicht beweglich und soll schon mehrere Jahre existiren (Atherom). Status. 21. Juli 1876. Patient von seiner acuten Anaemie gut geheilt; Wunde gut granulirend. Im untern Drittel des Sternocleido, etwas hinterhalb demselben gelegen, ein Recidiv in Form einer harten auf Druck empfindlichen Infiltration. Status. 18. August 1876. Patient erschien mit einem weit die Umgebung der Wunde infiltrirten Recidiv, so dass man die weitere Behandlung aufgeben musste.	Lymphosarkoma colli dextr.	Excision. Ligatur der Carotis interna und V. jugular communis. Wundverlauf — ausser Schmerhaftigkeit im obern Mundwinkel und übelriechendem Wundsekret bis zum 18. Juli — bietet nichts Abnormes. Am 28. Juli collossale Blutung und zwar arterielle aus dem Stumpfe der Carotis intern. Unterbindung der Art. carotis communis. Trotzdem Blutung; durch Compression und Einlegen von Liq. ferri Bäusche gestillt. Offene Wundbehandlung. Patient bedeutend anämisch. Am 5. Juli fühlt man 2 Querfinger hinter dem hintern Wundrand eine erbsengrosse bewegliche Drüse. Wundränder hart, blass infiltrirt. Zerstörung der Drüse und Wundränder durch Cauterisation mit dem Thermocauter. Unter Brandschorf ziemlich normaler Wundverlauf. Patient 21. Juli entlassen und nach Erholung seiner Kräfte zur Nachoperation des Recidives eingeladen. Electropunctur des Tumor's. Weiteres Schicksal unbekannt.
23.	G. M. von les Benets. Uhrmacher. 20 Jahre alt. 28. Januar 1881.	Vor 3 Jahren nach Erkältung in Folge eines Bades bemerkte Patient eine Anschwellung seines Halses, die ohne Schmerzen seitdem zunahm. Er klagt über Athembeschwerden und Veränderung seiner Stimme. Sonst nie krank, will er Disposition zu Nasen- und Lungencatarrh haben. Appetit gut. Stuhl normal.	Mutter soll oft kleine Drüsen am Halse bekommen; ein Bruder hatte einen Abscess am Halse. Nichts Hereditäres.	7. Februar. Patient ziemlich anämisch; an der Haut einige Acnepusteln. Am Halse collossale Drüsenschwellungen beiderseits über der Clavicula, faustgrosse Pakete darstellend. Rechts die Drüsen grösser, dehnen sich vom Vorderrand des Cucullaris bis zum Jugulum aus in ununterbrochener Reihe, die einzelnen Knollen eng mit einander verbunden, von unregelmässiger Form, etwa kastaniengross, derbe Consistenz. Paket nicht verschiebbar. An einer Stelle die Haut verdikt, geröthet, nirgends Druckempfindlich. Unter dem linken Sternocleido zieht sich ein dicker Strang bis an den Kieferwinkel empor. Rechts ähnlich, nur ein Knoten des Tumor's prall-elastisch. Gland. submaxill. nicht geschwellt. In der rechten Axilla ein eigrosser Tumor aus mehreren Knollen bestehend unter Pectoralis und Clavicula mit dem Haupttumor in Zusammenhang. In der linken Axilla mehrere strangförmige zusammenhängende Knollen. In der linken Leiste einige kleine prall-elastische Knollen, rechts weniger. Keine Milzdämpfung. Am Herzen über allen Ostien anämische Geräusche.	Lymphomata colli maligna (harte Form.)	Arsenikinjectionen und Solut. Fowler. innerlich (täglich 6 gutt.) Probeexcision einer Drüse 4. März. Mikroscopisch-anatomische Untersuchung von Professor Langhans ergibt: hat die Zusammensetzung einer gewöhnlichen Lymphdrüse, mit starker Verdickung der Trabekel in der einen Hälfte; Follikel- und Follikularstränge deutlich, bestehen aus Lymphkörperchen; keine tuberkelähnlichen Gebilde. 13. Februar Patient nimmt 30 gutt. Solut. Fowler. p. die. 20. Februar Patient nimmt 60 gutt. p. die. Halstumor an Umfang etwas abgenommen. 16. März entlassen, nachdem die Wunde durch Explorativexcision geheilt. 20. April. Drüsen am Halse erheblich zurückgebildet. Consistenz der vorhandenen Drüsenpakete derb. In beiden Axillae Drüsen zu fühlen. In den Leisten kleine multiple Drüsenschwellungen. Da Appetitlosigkeit eingetreten, so soll er Arsenik innerlich aussetzen für 4—6 Tage und wöchentlich 2 Injectionen machen lassen. Nähere Angaben fehlen seit dieser Zeit.



Nr.	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
24.	W. S. G. Itenmoos. Kleinwangen Kt. Luzern. 29 Jahre alt. Juni 1882.	**A.** Patient litt immer an Drüsen am Halse seit frühester Jugend; bestund eine Keratitis ulcerativa, welche ein Leucom auf der linken Cornea zurückliess. Drüsen blieben klein, beweglich, haselnussgross; ohne Beschwerden. Seit letzten Winter bemerkte er Wachsthum derselben, ohne Ursache angeben zu können; keine cariösen Zähne, kein Halsleiden. Seitdem Wachsthum der Drüsen zur jetzigen Grösse, ohne Schmerzen. Beim schlechten Wetter verspürte er Schmerzen in der rechten Wange und im linken Ohr. Seitdem Appetitlosigkeit, Abmagerung; Schmerzen in der Nacht; kein Husten, keine Diarrhoe. Niemals venerische Affectionen. Urin normal, ohne Eiweiss und Zucker.	Vater gesund. Mutter starb an Magenkrebs. 52 Jahre alt. Geschwister gesund.	**A.** Patient kräftiger Mann von gesundem Aussehen. Schleimhäute leicht anämisch. Puls gut und regelmässig. An beiden Kieferwinkeln, nicht ganz bis zum Process. mastoid. reichend, vom obern Theil des Sternocleido bedeckt, 3 grosse Drüsenpakete, links apfel- rechts eigross; von sehr derber Consistenz; unregelmässiger knolliger Oberfläche. Drüsen in eine Masse verschmolzen; sehr beweglich; schmerzlos auf Druck; nur einzelne ganz kleine Drüsen gegen den Nacken zu fühlbar. An den Genitalien nichts Abnormes. In den Leisten ganz kleine multiple Drüsenschwellungen. Brustorgane normal.	Doppelseitige körnige Lymphome (stellten sich als Lymphosarkome heraus.)	14. Juni. Excision mit Chlorzink und Bismuth 10%. Secundarnaht unter Chloroformcarcose, beiderseits am Halse. Anatom. Befund: Vide pag. 25. Ordination an den Patienten: Solut. Fowler. 3 mal 3 gutt p. die. bis 3 mal 10 gutt. Wundverlauf normal. Patient wurde 26. Juni entlassen. 26. Juli 1882: Narben schön, lineär, verschieblich. Unter beiden Sternocleido 2 Pakete von Drüsen, links taubeneigross, rechts kleiner. Drüsen unregelmässig, grobhökrig, sehr derb, beweglich wie die frühern. I. Recidiv. Solut. Fowler. innerlich.
		B. 4. Januar 1883. Seit August 1882 Schmerzen in der rechten Halsseite und Schwellungen an den Operationsstellen. Auf Arsenik innerlich ging die Schwellung etwas zurück; als es jedoch wegen Magenschmerzen ausgesetzt wurde, nahm die Schwellung wieder zu, ohne Schmerzen.		**B.** 10. Januar 1883. Auf der linken Seite findet sich in der ganzen Länge der Incissionsnarbe ein gänseeigrosser, unregelmässiger, harter Lymphdrüsentumor. Narbe darüber beweglich und leicht verschieblich, gut abgrenzbar. Drüsenschwellungen sind nur unter der Fossa supraclavicul. in Form von äusserst kleinen Knötchen vorhanden. Rechts ebenfalls unter der Narbe ein nussgrosser, harter Tumor; unregelmässige Knollen, gut abgegrenzt und verschieblich. I. Recidiv.		10. Januar 1883. II. Excision. Recidives Lymphosarcom des Halses (beidseitig.) Durchschnitt durch die gänseeigrosse Drüse zeigt in der Mitte einen Eiterherd; ringsum lappiges Gewebe. Nussgrosser Tumor: Peripherie weiche, Centrum — derbe Consistenz. Ungestörte Heilung. Wismuthbehandlung. Entlassen 28. Januar 1883. Solut. Fowler. fortgenommen.
		C. 4. Juli 1883. Patient bemerkt seit einem Monat auf der linken Seite des Halses eine grössere Drüse, ebense mehrere kleinere rechts. Patient sonst wohl.		**C.** Patient zeigt auf der rechten Seite unterhalb des Process. mastoid. eine leichte Anschwellung. Die Narbe lineär, beweglich. Unter dem untern Theil der linken Narbe einige unregelmässige Drüsen, ebenso hinten am Sternocleido einige kleine, mobile Drüsen. II. Recidiv.		7. Juli 1883. III. Excision. Recidiv von Lymphoma durum sarcomatos. coli (sin. et. dextr.) Heilung per primam. Linkseitige Stimmbandlähmung. Bei der Operation wurde weder von N. vagus noch Recurrens etwas gesehen. Durchschnitt durch die entfernten Drüsen zeigt das exquisite Bild eines Lymphosarkom's. Therapie: Solut. Fowler. Patient nach der Operation heiser. Ungestörte Heilung. Patient wurde 18. Juli entlassen. Laryngoskopische Untersuchung ergibt: Totale rechtseitige Stimmbandlähmung.
		D. 2. Oktober 1883. Obwohl im Juli 1883 operirt an Recidiv von Lymphosarkoma colli, fühlte er seit Mai 1883 Schmerzen im linken Os parietale ohne nachweisbare Ursache. Anfangs August fühlte Patient dort eine kleine Erhebung. Ende August intensive Kopfschmerzen; konnte ohne Chloral nicht mehr schlafen. Ende September nahmen die Schmerzen ab und Patient fühlte sich ziemlich wohl. Seit 3 Wochen Schmerzen im rechten Os parietale und eine kleine Erhebung dort fühlbar. Kein Husten. Am Halse etwas Spannen; keine Schmerzen.		**D.** 4. Oktober 1883. Patient hält den Kopf etwas nach vorne. Rechter Cucullaris erscheint dünner als der linke. Schultern gut hebbar. Sternocleido contrahirt sich beidseits. Narben beweglich, lineär. Rechts am obern Ende des Sternocleido mehrere derbe bis taubeneigrosse Geschwülste, auf Druck empfindlich; links ebenfalls mehrere kleine Geschwülste, weniger derb. In der Axilla nichts zu fühlen. Am Tuber parietale sinistr. ein derbelastischer Tumor, druckempfindlich, halbwallnussgross, flach sich vom Knochen erhebend und demselben fest aufsitzend. Symmetrisch auf der rechten Seite ebenfalls eine kleine flache Erhebung, auf Druck empfindlich. Spontane Schmerzen in den Tumoren. Ophthalmoskopischer Befund: Venen stark ektasirt; beidseits Stauungspapillen. III. Recidiv.	Sarcom (primäres) der Gland. cervicales. (harte Form). Recidiv nach Operation auf beiden Seiten u. Metastasen in den Ossa parietalia.	Weil inoperabel, entlassen. Patient starb 21. März 1884



№	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
25.	G. J. von Mentone, Frankreich. 50 Jahre alt. Mai 1883.	Im Januar 1883 bemerkte Patient eine ganz kleine Drüse unterhalb des rechten Kieferwinkels; war beweglich; mit nach dem Ohr hin ausstrahlenden zuckenden Schmerzen. Die Drüse wuchs stets und die Schmerzen nahmen zu und irradiirten nach ein Paar Wochen nach der Clavicula hinaus. Seit einem Monat erschwertes Oeffnen des Mundes. Seit einigen Wochen dumpfe Kopfschmerzen. Die ausstrahlenden Schmerzen Nachts intensiver als tagüber. Seit einiger Zeit hat Patient beständige Zahnschmerzen im rechten Oberkiefer. Appetit gut. Stuhl regelmässig. In der letzten Zeit ist Abmagerung eingetreten. Kein Husten. Vor 3 Jahren bestand Patient eine rechtseitige Pleuritis.	Nichts von Tumoren und Phthisis in der Familie.	24. Mai 1883. Patient ein kräftig gebauter Mann. Puls gut. Athmen frei. Zunge etwas belegt. Rechtseitige Paralyse der Unterlippe. Rechts in der Carotisgegend eine apfelgrosse, bläulich verfärbte, unregelmässige Form zeigende Geschwulst von derb-elastischer Consistenz; sie umgibt den Kieferwinkel; an andern Stellen etwas verschieblich. Nach hinten bis zum mittlern Rand des Sternocleido und bis zum Process. mastoid. ziemlich starkes Oedem. Sternocleido nach unten emporgehoben; gespannt, offenbar erheblich verwachsen. Larynx frei beweglich. Rechte Mandelgegend etwas vorgewölbt. Vom Rachen aus der Tumor deutlich zu fühlen. Schleimhaut des Rachens, Gaumens und der Mandeln nicht verändert.	Lymphosarkoma colli dextr. bis zur Basis cranii sich erstrekend.	2. Juni 1883. Excision. Vide pag. 40. Durchschnitt durch den Tumor ergibt: fasrige speckige Beschaffenheit, Farbe grauweiss und an verschiedenen Stellen gelblich mit geradezu derb käsigen Herden. Von einer Kapsel ist keine Rede. Tumor geht bis an die Oberfläche der Cutis heran und dringt in das umgebende Fettgewebe und die Musculatur der Umgebung herein. Eine andere Structur als in der Unterscheidung gröberer weisslicher Züge von einem grauen homogenen Gewebe ist nicht wahrzunehmen. Wundverlauf normal. Rechtseitige Facialislähmung und Lähmung der Hebermuskeln des rechten Schulterblattes. Sehr schöne Heilung. Patient den 18. Juli entlassen mit schön granulirender Wunde. Ob Recidiv eingetreten, konnte nicht eruirt werden.





